

Медицинская

26 апреля 2017 г.
среда
№ 29 (7747)

Газета®

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

События

Мастер-класс за операционным столом

Крепнет наш союз с австрийскими травматологами-ортопедами



Под патронажем австрийского доктора Оливера Джахани омские травматолого-ортопеды Клинического медико-хирургического центра провели операцию по ревизионному эндопротезированию. Мастер-класс в операционной состоялся в рамках съезда травматологов-ортопедов Сибирского федерального округа.

Современные эндопротезы суставов надёжны и долговечны, и в большинстве случаев они дают пациентам возможность вести активный образ жизни без боли, серьёзных ограничений и необходимости повторных операций. Но в редких случаях могут возникнуть осложнения, например вывих протеза с последующим инфи-

Идёт замена повреждённого сустава

цированием тканей. В этом случае показано ревизионное эндопротезирование, когда заменяются изношенные или повреждённые компоненты сустава.

О.Джахани – травматолог с мировым именем одной из ведущих австрийских клиник. Почти 15 лет он специализируется на спортивных травмах, эндопротезировании коленного и тазобедренного суставов. В Омске он показал, как проводятся такие операции у него на родине. Джахани поделился опытом и отметил высокую квалификацию омских коллег, техническое оснащение КМХЦ. Хирург из Австрии знает, что говорит.

– Эндопротезирование – крайне сложная область травматологии. Здесь всё очень быстро меняется, – подчеркнул главный травматолог-ортопед Минздрава Омской области профессор Леонид Резник. – Поэтому так важно проводить подобные мастер-классы. Мы сегодня не отстаём от своих зарубежных коллег. Для сравнения – австрийская клиника выполняет 1200 подобных операций в год, а КМХЦ – почти 1000. У нас также накоплен большой опыт, которым мы можем поделиться.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

Особый случай

Пришитая кисть будет жить

Несчастье произошло с Сергеем Прибытовым из села Злоказово Кусинского района Челябинской области во время заготовки дров для предприятия. Внезапно часть пилы отлетела и полностью оторвала ему кисть руки. Первую помощь оказали напарники – остановили кровотечение, перемотав предплечье верёвкой, а оторванную кисть прямо в рукавице доставили в Кусинскую ЦРБ вместе с пострадавшим.

«Ещё пара часов, и спасти ампутированную конечность вряд ли удалось бы», – прокомментировал ситуацию заведующий отделением реконструктивной и пластической хирургии Челябинской областной клинической больницы Александр Пухов.

В течение 6 часов бригада из 6 хи-

рургов под микроскопом соединяла нервы, сосуды, устанавливала спицы и сшивала мышечную ткань и кожу. Место разрыва в этом случае было относительно ровным, поэтому операция прошла без осложнений.

С.Прибытов – единственный кормилец в семье, на его попечении – жена

и двое маленьких детей 6 и 2 лет, поэтому инвалидность его не устраивает. Он намерен восстановить работу чудом возвращённой конечности.

Чтобы вернуть руке прежнюю подвижность, требуется длительная реабилитация. Хирурги обещают, что через год-полтора двигательная активность восстановится в полном объёме при условии, что пациент будет выполнять все рекомендации и упражнения.

Наталья МАЛУХИНА,
внест. корр. «МГ».

Челябинск.

Ольга ГОЛОДЕЦ,
заместитель председателя
Правительства РФ:

Даже в сложных условиях нам удаётся наращивать финансирование здравоохранения.

Стр. 4



Алексей ХРИПУН,
руководитель Департамента
здравоохранения Москвы, профессор:

Профессиональный уровень врачей и качество оказания медицинской помощи – главные отраслевые задачи.

Стр. 5

Михаил ЕРЁМУШКИН,
заведующий отделением ЛФК
и клинической биомеханики
РНЦ МРИК, доктор медицинских наук,
профессор:

Лечебная физическая культура является ведущим, системообразующим элементом медицинской реабилитации.

Стр. 7



Тенденции

Томская область заявила о готовности в числе двадцати регионов РФ включиться в реализацию федерального проекта «Бережливая поликлиника». В 2017 г. на стадии «пилота» его участниками станут две томские поликлиники – детская и взрослая.

Старая проблема в новом формате

Напомним, проект «Бережливая поликлиника» был инициирован Минздравом России и стартовал в конце минувшего года в Севастополе, Ярославской и Калининградской областях. По замыслу федерального министерства, все лечебные учреждения первичного звена должны исповедовать одну идеологию – пациентоориентированность, а для этого им необходимо как минимум изменить условия работы врачей и условия пребывания пациентов, и как максимум – научить персонал общаться с посетителями вежливо и бесконфликтно. В настоящее время именно учреждения первичного звена являются самым слабым местом системы здравоохранения. Согласно планам министерства, в течение ближайших 2 лет 200 российских поликлиник должны будут переформатироваться и показывать образец пациентоориентированности.

В первых «бережливых» поликлиниках уже начали работать колл-центры, внедрена электронная очередь, разделены потоки пациентов, пришедших с профилактической целью,

и тех, кто обратился из-за болезни. Врачей избавили от существенной части «бумажной» работы в пользу работы с пациентами, а работники регистратур прошли специальный курс обучения медсервису.

Как подчёркивают в Департаменте здравоохранения Томской области, регион фактически уже давно работает по таким правилам оказания первичной медицинской помощи. За последние 3 года в томских поликлиниках по собственной, региональной инициативе оборудованы 25 электронных регистратур, обустроены комфортные входные группы. Перенимать опыт томичей неоднократно приезжали делегации органов управления здравоохранением разных субъектов РФ.

В департаменте считают, что участие в «пилоте» Минздрава России позволит здравоохранению Томской области решить ещё одну задачу – сократить очереди теперь уже не в регистратуре, а непосредственно у кабинета врача.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Томск.

Новости

Рекомендовано не летать...

Федеральное агентство воздушного транспорта (Росавиация) предложило утвердить противопоказания для пользования воздушным транспортом в отношении лиц, страдающих тяжёлыми заболеваниями.

«Утвердить противопоказания для пользования воздушным транспортом (острые психозы, острые инфекционные заболевания, ранний период после перенесённых операций, инфаркта миокарда, остро нарушенного мозгового кровообращения и др.)», – говорится в рекомендациях, представленных Росавиацией на парламентских слушаниях на тему «Совершенствование законодательства в области организации оказания медицинской помощи на объектах транспорта».

Как отметили в Росавиации, из-за того, что такие противопоказания отсутствуют, «ежегодно регистрируются случаи смерти на борту: в 80% случаев – острые сердечно-сосудистые заболевания, 20% – онкозаболевания IV стадии».

Ведомство также рекомендовало определить порядок отстранения от полёта больных пассажиров, а также форму для перевозки воздушным транспортом пациентов, в том числе лежачих, заполняемую лечащим врачом при подготовке больного к перевозке.

По результатам рассмотрения предложений Росавиации Комитет Госдумы РФ по охране здоровья рекомендовал разработать и представить на общественное обсуждение предложение о внесении изменений в федеральные авиационные правила (ФАП) о возможности пользования пассажиром воздушным транспортом в зависимости от состояния его здоровья.

Примечательно, что в марте нынешнего года Верховный суд РФ признал недействующим положение ФАП о запрете ВИЧ-инфицированным работать бортпроводниками на самолётах гражданской авиации.

Матвей ШЕВЛЯГИН.

Москва.

Путешествие
с пользой для здоровья

В последние годы Россия становится всё более популярным туристическим направлением среди иностранцев. Немалый вклад в это вносит и система здравоохранения. Любой путешественник, отправляясь в другую страну, хочет быть уверенным, что его здоровью ничего не угрожает и он сможет получить качественную и профессиональную медицинскую помощь, если таковая потребуется. И наша страна готова предоставить гостям весь спектр медицинских услуг.

Согласно рейтингу The Travel and Tourism Competitiveness Report, составленному экспертами Всемирного экономического форума, наша страна заняла 5-е место из 136 стран мира в категории «Health and Hygiene» (Здоровье и гигиена). По оценкам экспертов форума, Российская Федерация сегодня обеспечивает высокое качество оказания медицинской помощи туристам. Отметим, что присвоенный нашей стране в данной категории балл выше, чем средний для стран Западной Европы.

Несмотря на то, что данный рейтинг составляется для обычных туристов, путешествующих с целью отдыха и знакомства с другими культурами, Россия продолжает укреплять свои позиции в направлении медицинского туризма.

Как сообщила на Совете по стратегическому развитию и приоритетным проектам под председательством Президента РФ министр здравоохранения Вероника Скворцова: «Высокое качество услуг и комфортные цены привлекли в российские клиники пациентов более чем из 20 стран ближнего и дальнего зарубежья. За 2 года их число увеличилось на 87%».

Игорь ЛЕОНТЬЕВ.

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

Акци

Добрые дела
идут следом
Волонтёры заявляют о себе

Полгода не прошло, как волонтеры медицинского института Пензенского государственного университета присоединились к Всероссийскому общественному движению «Волонтеры-медики». Но и за это время в активе пензенцев накопилось уже много добрых дел, направленных на сохранение здоровья жителей региона. И в первую очередь – проведение большой работы в рамках всероссийской акции «Стоп-ВИЧ/СПИД» при взаимодействии с Центром по профилактике и борьбе со СПИДом: профилактический рейд «Простые правила», акция «Улыбка ребёнка», чтение лекций о профилактике ВИЧ-инфекции, победа в региональном этапе конкурса «В ритме жизни», участие в «круглом столе» на тему «ВИЧ в Пензенской области».

Такая деятельность волонтеров-старшекурсников – добрый пример для студентов младших курсов. Это подтвердилось во время проведения собрания Пензенского регионального отделения Всероссийского общественного движения «Волонтеры-медики». На нём присутствовали первокурсники, которые выразили готовность пополнить волонтерский отряд своего учебного заведения.

– Наша цель – создать площадку для получения профессионального опыта и навыков студентами, которые занимаются волонтерской деятельностью в сфере здравоохранения, – обратился к присутствующим региональный координатор Пензенской области Ярослав Феоктистов. Он также отметил, что основные принципы волонтерской деятельности – это добровольность, ответственность, безвозмездность, самосовершенствование, нравственность и равенство.

Деятельность волонтеров-медиков включает в себя разнообразные направления, которые позволяют получить уникальный опыт и ценные навыки. Вне сомнения, они обязательно пригодятся в будущем любому медицинскому специалисту. Оказание помощи в работе младшему и среднему медицинскому персоналу в больницах является приоритетным направлением, где



Иван Полоничко, Марина Чарыкова, Ярослав Феоктистов, Алина Еззет и Али Темирбулатов (слева-направо)

упор делается на индивидуальные графики и большую практику, способствующие улучшению основной учёбы. Санитарно-профилактическое просвещение населения и профориентация школьников на медицину – основные направления, про которые подробно рассказала региональный координатор направления «Санитарно-профилактическое просвещение» Марина Чарыкова.

– Целью данной работы является популяризация здорового образа жизни и вклад в улучшение качества и продолжительности жизни населения России, – подчеркнула она.

В феврале этого года новые волонтеры начали обучение в Центре по профилактике и борьбе со СПИДом с использованием дистанционных технологий. И это несмотря на то, что они хорошо знают требования, предъявляемые к тем, кто сознательно идёт на самоотдачу. А лишаться придётся многого. Оказание помощи в гуманитарных миссиях, проведение образовательных программ по первой помощи и уходу за больными, сопровождение донорских акций, психологическая поддержка населения требуют времени и усилий.

За теорией последовала практика. Проявлением такого фактора стало посещение представителями Всероссийского общественного движения добровольцев в сфере здравоохранения «Волонтеры-медики» Пензенского областного

госпиталя для ветеранов войны. Будущие медики поздравили их с Днём защитника Отечества, вручили участникам войны поздравительные открытки и пожелали здоровья и долголетия.

Недавно активисты волонтерского движения собрались, чтобы обсудить дальнейшую работу регионального отделения. За плечами – участие в проведении межрегиональной акции, посвящённой Всемирному дню борьбы с туберкулезом, ежегодной всероссийской акции «Будь здоров!», цикл «Профилактика ВИЧ-инфекции», благотворительной акции «Мы вместе». На очереди – донорская акция и всероссийские акции, приуроченные к Всемирному дню защиты детей совместно с Российским движением школьников и Всемирному дню без табака, цикл лекций по оказанию первой доврачебной медицинской помощи для школьников и студентов.

Обсудили активисты региона и вопрос участия во Всероссийском форуме волонтеров-медиков. Успешного участия в его работе пожелала студентам и региональному координатору заместитель декана медицинского института Юлия Мартынова.

Валерий ЧИСТЯКОВ,
внешт. корр. «МГ».

Пенза.

Фото автора.

Пресс-конференции

Наступления весны ждут все. Но помимо тепла и расцвета природы она несёт с собой и массу неприятных ощущений для людей, подверженных аллергии и имеющих хронические заболевания дыхательных путей, особенно такое тяжёлое, как бронхиальная астма.

Чем же спастись? Существуют ли методы профилактики и лечения, и есть ли различия в терапии у взрослых и детей?

Об этом шла речь на пресс-конференции с руководителем Университетской клиники детских болезней РНИМУ им. Н.И.Пирогова, ведущим педиатром ДГКБ № 9 им. Г.Н.Сперанского, доктором медицинских наук, профессором Андреем Продеусом.

Одним из самых эффективных средств лечения бронхиальной

Знать все лики астмы

астмы он назвал ингаляционную гормональную терапию.

«Её достоинства очевидны, – подчеркнул А.Продеус, – поскольку ингаляционные глюкокортикостероиды, попадая непосредственно в лёгкие пациента, обеспечивают эффективное лечение и сводят к минимуму развитие нежелательных побочных реакций по сравнению с системными стероидами». Однако многим родителям, чьим детям ставят такой диагноз, свойственна боязнь применения гормональных препаратов – стероидо-, или гормонофобия.

По словам известного детского пульмонолога, страх перед применением гормонов был рождён несколько десятилетий назад,

когда при терапии астмы эти препараты использовались в виде таблеток или уколов. Это приводило к нарушению гормонального баланса и развитию выраженных побочных эффектов, поскольку препарат, прежде чем попасть в лёгкие, попадал в кровь и влиял на состояние организма в целом.

Сегодня опасения родителей распространяются и на гормоны в форме ингаляций, что часто приводит к несоблюдению рекомендаций врача.

А иногда причиной низкой compliance является убеждение, что приём гормональных препаратов можно отменить в любой момент.

«Бронхиальная астма – это хроническое воспаление, которое сложно вылечить, но его можно успешно контролировать, – напомнил А.Продеус. – Видимое улучшение состояния ребёнка не означает, что болезнь побеждена».

Значит, самостоятельная отмена терапии или изменение дозировки препарата может привести к ухудшению состояния маленького пациента.

«Только соблюдение продолжительности курса ингаляционных глюкокортикостероидов, который назначен врачом, позволяет взять бронхиальную астму под контроль», – уверен профессор.

На пресс-конференции шла речь и о том, что гормонофобии,

к сожалению, подвержены и некоторые медики. Это проявляется в неназначении ингаляционных гормонов, когда это необходимо, или назначении очень маленьких дозировок и коротких курсов по сравнению с теми, которые действительно нужны.

Причиной этого, по мнению А.Продеуса, является недостаточная осведомлённость врачей. Между тем назначение данных препаратов предусмотрено существующими международными и российскими рекомендациями, созданными на основе результатов исследований с участием десятков тысяч пациентов, и рекомендовано Национальной программой «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактики».

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Москва.

Поздравляем!

Влюблённый в своё дело

Главный врач Научно-исследовательского института – Краевой клинической больницы № 1 им. С.В.Очаповского, главный торакальный хирург Минздрава Краснодарского края, академик РАН Владимир ПОРХАНОВ отпраздновал своё 70-летие. Его вклад в развитие здравоохранения Кубани огромен, а по делам – и признание.



Владимир Алексеевич – заведующий кафедрой онкологии с курсом торакальной хирургии Кубанского государственного медицинского университета, член европейских научных обществ, заслуженный врач РФ, кавалер ордена Почёта, дважды лауреат премии «Призвание», депутат краевого Законодательного собрания, почётный гражданин города Краснодара. Он награждён медалью «За выдающиеся заслуги в развитии Кубани» I степени, медалью «Герой труда Кубани», орденом «За заслуги перед Отечеством» IV и III степени, Национальной наградой общественного признания в сфере науки, медицины и здравоохранения – орденом имени Гиппократы, медалью Сергея Юдина «За заслуги в неотложной медицине», имеет благодарность Президента Российской Федерации. В.Порханов – лауреат премии имени академика А.Н.Бакулева – так оценён его труд в организации современного кардиохирургического центра в Краснодарском крае. Корреспонденты «Медицинской газеты» не раз писали о внедрении новых методов и лечебного процесса в ККБ № 1.

С 2004 г. Владимир Алексеевич возглавляет краевую больницу. В этот период она была объединена с Центром грудной хирургии. С конца 2014 г. – это уже крупнейшая в регионе клиника. Научно-исследовательский институт. По многим показателям её можно назвать лучшей медицинской организацией Юга России. Здесь работают около

4,7 тыс. сотрудников, из них – 118 кандидатов медицинских наук, 25 докторов наук. Новые корпуса, оснащённые передовым оборудованием, поражают воображение. Каждый год здесь спасают тысячи жизней, внедряя в практику всё лучшее, что есть в современной медицине. И во все времена очень многое зависело от руководителя – какие выбрать приоритеты, как создать в слаженном коллективе особую атмосферу ответственности, когда каждый ощущает себя его частью.

Владимир Порханов привык жить в очень жёстком графике. Выдерживать такой темп под силу только людям, действительно влюблённым в своё дело. Ученики Владимира Алексеевича посчитали, и оказалось, что он уже выполнил более 20 тыс. операций. Но и сегодня он оперирует наиболее сложные случаи, когда требуется высочайшее мастерство хирурга. У него есть свои непреложные правила. Владимир Алексеевич считает, что хирург должен уметь абстрагироваться, смотреть на себя как бы со стороны. Чтобы всё работало на результат, потому что часто спасение человека требует от врача полной

собранности, умения правильно интерпретировать клиническую ситуацию, не побояться взять на себя ответственность, выполнить успешно операцию.

В одном из интервью журналист спросил академика Порханова, правильно ли считать, что оперировать должен молодой хирург, а лечить – уже много повидавший в своей практике терапевт?

– Мне вспоминается академик Фёдор Углов, когда он – самый возрастной хирург – прооперировал самого возрастного пациента – свою сестру, у неё был заворот сигмовидной кишки, – ответил он. – Операция прошла успешно. Поэтому всё зависит от настроения. С возрастом приходит опыт, но начинают уставать руки, голова. Однако хирург должен всегда быть в форме! Если ты оперируешь хорошо, у тебя маленькие кровопотери, больные живы-здоровы – ты должен продолжать оперировать.

Редакция «МГ» присоединяется к многочисленным поздравлениям коллег, которые звучали в день рождения юбиляра. Мы хотим пожелать, чтобы Владимир Алексеевич и дальше следовал своему принципу: идти только вперёд! У него очень много планов, которые он мечтает воплотить в жизнь. Например, чтобы в ККБ № 1 в ближайшее время заработала позитронно-эмиссионная томография. Ещё – завершить реконструкцию ККБ № 1 и построить вторую её очередь. Он очень хочет, чтобы кубанская медицина была одной из лучших в стране, а российская медицина – одна из лучших в мире. Мечтает, чтобы все врачи были профессионалами с большой буквы, умными и сердобольными, а государство платило им достойную заработную плату. Пожелаем Владимиру Алексеевичу успехов, новых достижений, благополучия! Пусть удача сопутствует всем его начинаниям!

Журналистский коллектив «МГ».

Сотрудничество

«Бакулевский десант» в Ингушетии

На днях специалисты Научного центра сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н.Бакулева в составе 15 человек «высадились» в Ингушетии. Надо сказать, что подобная акция уже проводилась в этой республике 5 лет назад, и все пациенты, которым помогли в тот раз, до сих пор питают самые сердечные (и в буквальном смысле тоже) чувства к «бакулевцам».

К слову сказать, тогда московские кардиологи приезжали со своим оборудованием. Сейчас этого не понадобилось. Теперь оснащённость больниц в Ингушетии стала в разы лучше, благодаря чему в республике смертность из-за патологий сердца снизилась. Но тяжёлых больных всё равно приходится направлять в Москву.

Чтобы охватить своим вниманием как можно больше пациентов, в этот раз приём был организован сразу в нескольких ЛПУ, таким образом, всего за первые 4 дня работы московские врачи обследовали почти 3 тыс. пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

– Больше всего беспокоюсь о людях, которым нужны серьёзные операции на сердце. Мы, конечно, очень хотим, чтобы высокотехнологичная помощь дошла до каждого жителя, и в этом отношении сегодня в стране колоссальный прорыв. Важно знать, что у нас происходит на Северном Кавказе, потому что,

объективно говоря, всё-таки эти регионы с прямыми операциями на сердце отстали, – говорит директор НЦССХ им. А.Н.Бакулева Лео Бокерия.

Ставку решили сделать на молодых специалистов, которых будут обучать в Центре им. А.Н.Бакулева. Ведущий кардиохирург страны уже прочитал первую лекцию студентам медицинского факультета университета в Магасе.

Обмен опытом, мастер-классы для молодых врачей, масштабная диагностика пациентов – далеко не полный перечень конкретных дел «бакулевского десанта». Не менее важным событием визита стала рабочая встреча Лео Бокерия с главой Республики Ингушетия Юнус-Бекматовым, в ходе которой было подписано двустороннее соглашение, на многие годы определяющее стратегию сотрудничества Центра им. А.Н.Бакулева с республиканским здравоохранением.

Протокольные мероприятия проходили в столице Республики Ингушетия – Магасе, в кардиодиспансере. Весьма символично, что после подписания соглашения Юнус-Бекматов и академик Лео Бокерия посадили на территории кардиодиспансера деревья с именными табличками.

Рубен КАЗАРЯН,
соб. корр. «МГ».

Республика Ингушетия.

Ситуация

Времени не хватает и на гинеколога

Далеко не все россиянки следят за своим здоровьем. Такие данные привел Всероссийский центр изучения общественного мнения (ВЦИОМ). В России 74% женщин ежегодно проходят профилактический осмотр у гинеколога, в том числе 29% приходят на консультацию каждые полгода.

Рекомендации медиков чаще других соблюдают представительницы молодой аудитории – 18-34-летние (34%), женщины с высоким, по их оценкам, достатком (37%).

Доля женщин, обходящихся без профилактических консультаций, составляет 14%, ещё 1% опрошенных сообщают, что никогда не были на осмотре у такого специалиста.

Основными причинами отказа от регулярного посещения специалиста респондентки назвали отсутствие жалоб на здоровье и наличие постоянного полового партнёра. В сравнении с 2016 г. опрошенные стали реже ссылаться на недостаток времени (снижение с 38 до 22%) и дороговизну анализов и лекарств (с 13 до 9%).

Если появляются тревожные симптомы, 59% женщин идут к гинекологу спустя некоторое время (если симптомы не проходят сами), ещё 14% могут ждать довольно долго и обратиться за помощью к специалисту, только если ситуация заметно ухудшится. Сразу после обнаружения симптомов записываются к врачу 27%.

Большинство женщин предпочитают посещать одного и того же специалиста: 32% всегда ходят к «своему врачу», 49%, как правило, поступают так же, но иногда могут обратиться за консультацией к другому гинекологу.

Чаще всего идут в городскую/районную поликлинику (67%), заметно реже – в частные консультации (26%).

Опрос проведён с 20 по 25 марта 2017 г. среди женского населения в возрасте 18-45 лет. Выборка построена на основе полного списка телефонных номеров, задействованных на территории РФ. Объём выборки – 1200 респондентов.

Павел ЛЕОНТЬЕВ.

МИА Сити!

Москва.



В центре внимания

Есть реальные результаты

Председатель Правительства РФ Дмитрий Медведев в своём выступлении перед Государственной Думой РФ о работе министров в 2016 г. охарактеризовал и положение дел в здравоохранении.

– У нас есть реальные результаты. В прошлом году, по данным ВОЗ, Россия вошла в десятку государств, которые добились наибольшего прогресса в борьбе с диабетом, болезнями сердца и лёгких, – отметил Д.Медведев. – Главное – сокращается смертность от этих заболеваний. Мы создали по всей стране центры высокотехнологичной медицинской помощи. Число пациентов, которым оказали такую помощь, беспрецедентно увеличилось – с 2010 г. почти в 3 раза. И только за прошлый год её получили 960 тыс. человек.

Далее руководитель Правительства РФ остановился на самых основных положениях в работе здравоохранения:

– Руководство страны прорабатывает сейчас вопрос создания в регионах новых центров, где будут применяться методы ядерной, регенеративной медицины, современные персонализированные технологии здоровья. Развиваем всё, что упрощает людям получение медицинской

помощи, в том числе телемедицинские и информационные технологии, чтобы наши люди могли легко записаться к врачу.

Для этого важно, чтобы сама медицина была мобильной и врачи могли быстро доехать до больных даже в труднодоступных районах. В этом году в 34 регионах стартует приоритетный проект по развитию санитарной авиации, на который направляется 3,3 млрд руб. Для обновления автопарка скорой помощи за счёт средств федерального бюджета уже закуплено в прошлом году 2,3 тыс. новых автомобилей.

У нас долгое время не хватало врачей в сельской местности. Благодаря программе «Земский доктор» с 2012 г. на село приехали работать почти 24 тыс. врачей. Мы приняли решение продлить программу на этот год и увеличить до 60% долю её федерального финансирования.

Мы стараемся сдерживать необоснованный рост цен на лекарства. Поддержали наших производителей. Эта работа будет продолжаться. Она требует новых механизмов. Уже в пилотном режиме в 6 регионах настраивается система маркировки, чтобы защитить людей от поддельных лекарств. К концу 2018 г. все выпускаемые лекарства должны быть промаркированы.

Депутаты из фракции «Единая Россия» задавали вопрос о медицинских вузах. Конечно, людям не всё равно, у какого врача лечиться, какое образование этот врач получил, поэтому вводит институт аккредитации специалистов, в соответствии с которым работать врачами будут только лучшие. Будем оценивать уровень квалификации медиков по новым профессиональным стандартам. Повышение квалификации выведет на новый уровень. Пройти переподготовку можно будет через портал непрерывного медицинского образования. Им уже сейчас пользуются более 133 тыс. врачей. В ведущих вузах, в научных организациях, чтобы регионы, где не хватает врачей, находили специалистов, применяем целевой приём и обучение в медицинских университетах. И это тоже даёт результаты.

...Интересный факт: впервые в истории новой России (это опрос социологов) больше всего родителей в будущем видят своих детей врачами, а не юристами, экономистами, как это было несколько лет назад. Это уже другое восприятие жизни в нашей стране.

Подготовил
Павел АЛЕКСЕЕВ.

Москва.

Демографические показатели в нашей стране улучшаются. Это подтвердили итоги работы отрасли в 2016 г. Сохранить положительные тенденции в ближайшие годы – сложная задача, которая была поставлена перед системой здравоохранения на итоговой коллегии Минздрава России.

Опыт регионов, а также пути достижения лучших результатов в лечении, реабилитации и профилактике заболеваний были представлены в прозвучавших на коллегии докладах. Ещё один из обязательных пунктов программы – вручение государственных и ведомственных наград особо отличившимся.

Улучшить раннюю выявляемость

Заместитель председателя Правительства РФ Ольга Голодец поблагодарила всех приехавших на коллегию за то, что сделано отраслью в 2016 г. О хорошей работе системы здравоохранения можно судить по тому, что в нашей стране снизилась смертность и увеличилась продолжительность жизни. Общий коэффициент смертности уменьшился до 12,9 на 1000 населения. Ожидаемая продолжительность жизни выросла до 71,9 года.

О. Голодец отметила также рост квалификации отечественных врачей. Дальнейший прогресс в этой сфере будет связан с поэтапным (осуществляемым с 2016 г.) переходом к принципиально новой системе допуска к профессиональной деятельности – аккредитации специалиста. Она основана на независимой оценке врачом сообществом уровня подготовки каждого врача, профессиональные стандарты с набором требований показывают каждому специалисту траекторию дальнейшего профессионального роста и развития.

Несмотря на огромные усилия, предпринимаемые в нашей стране для борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями, которые уже привели к увеличению продолжительности жизни и снижению количества смертей, болезни системы кровообращения по-прежнему остаются главной причиной смертности населения. Одна из основных причин – плохо проработанная логистика работы с больными в регионах. Ещё одна из сложных проблем – улучшение раннего выявления всех видов заболеваний, прежде всего онкологических. Потому что причина низкой излечиваемости рака в том, что между подозрением на заболевание и установкой диагноза, а тем более началом лечения, проходит слишком много времени.

– Даже в сложных условиях нам удаётся наращивать финансирование здравоохранения, – подчеркнул О. Голодец. – Расходы консолидированного бюджета Российской Федерации на здравоохранение в 2017 г. увеличены до 2,88 трлн руб.

Доступность, доступность и ещё раз доступность

Министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова в своём докладе рассказала о том, что Минздрав России разработал и утвердил комплекс мер по развитию первичной медико-санитарной помощи. Впервые с советского времени были утверждены требования к размещению медицинских организаций, исходя из численности населения в населённом пункте и его удалённости от ближайшей медицинской организации. Это дало результат: из 554 медицинских объектов, построенных и введенных в 2016 г., 418 – новые ФАПы, 55 – офисы врачей общей практики. Проведен ремонт на более чем 2,6 тыс. медицинских объектах, из них в более 600 ФАП и 88 офисах ВОП. За год доля сельских медицинских подразделений, требующих капитального ремонта, сократилась более чем на 20%.

Чтобы оценить территориальную доступность медицинских организаций, была разработана и внедрена геоинформационная система,



Выступает О. Голодец

осуществляемому Росздравнадзором, сокращено количество простаивающего медицинского оборудования в 1,5 раза, в том числе за счёт перераспределения более 300 единиц оборудования в 45 субъектах РФ.

Национальная система клинических рекомендаций

По мнению В. Скворцовой, одним из важнейших направлений работы отрасли является внедрение единых требований к качеству медицинской помощи и создание системы управления качеством.

Итоги и прогнозы

Сберечь и приумножить

Перед здравоохранением поставлены новые задачи

содержащая информацию обо всех 158 тыс. населённых пунктах, численности проживающего в них населения, транспортной инфраструктуре, 72 тыс. медицинских организациях и их структурных подразделениях.

Впервые в истории отечественного здравоохранения была оценена реальная доступность медицинской помощи жителям каждого населённого пункта.

На основании этого анализа каждый регион разработал план мероприятий по обеспечению доступности медицинской помощи для жителей населённых пунктов, не охваченных медицинским обслуживанием.

– Наша совместная задача – добиться, чтобы в течение 2 лет все малонаселённые пункты получили доступ к первичной медико-санитарной помощи, в том числе профилактической, – обратилась В. Скворцова к коллегам. – Это требует прежде всего наращивания объёмов и рационализации выездных форм работы.

«Фабрика технологий» в регионах

В. Скворцова дала высокую оценку совместному проекту Минздрава с Управлением внутренней политики Президента РФ и экспертами Государственного комитета «Росатом», целью которого является выявление неэффективных технологических процессов в медицинских организациях и их устранение, то есть совершенствование логистики, менеджмента и комфортности предоставления услуг, а также повышение ресурсной эффективности.

Эта «фабрика технологий» уже заработала в Ярославской и Калининградской областях, в Севастополе и показала, что достаточно 4-5 месяцев, чтобы разделить потоки здоровых и больных пациентов, обеспечить комфортное прохождение диспансеризации (первый этап – за один визит), начать оказывать помощь без очередей (сократить время записи на приём в 5 раз, а ожидания приёма – в 12 раз), увеличить время непосредственной работы врача с пациентом в 2 раза.

Сейчас уже 30 поликлиник подключились к данному проекту. Планируется тиражирование этого пилотного опыта во всех регионах страны.

Говоря об эффективности, нельзя не сказать также о рациональном использовании медицинского оборудования. Благодаря контролю,



Президиум итоговой коллегии

В 2014-2016 гг. (совместно с профессиональным сообществом, Национальной медицинской палатой) впервые была создана национальная система клинических рекомендаций при основных заболеваниях человека.

Для ускоренной адаптации к ним врачей в декабре 2016 г. завершено создание электронного рубрикатора клинических рекомендаций и быстрой поисковой системы алгоритмов диагностики и лечения по ключевым словам и графологическим структурам. С 2017 г. данная система начинает внедряться повсеместно через автоматизированные рабочие места врачей. Внедрение клинических рекомендаций во всех регионах должно быть завершено до конца 2018 г.

На основе клинических рекомендаций разработаны критерии оценки качества медицинской помощи, закрепляемые нормативно. Уже с июля 2017 г. все экспертные и контрольные мероприятия будут проводиться с их применением.

Единая информационно-аналитическая

Одной из главных задач 2016 г. стало сдерживание цен на жизненно необходимые и важнейшие лекарственные препараты. За год цены на них в амбулаторном сегменте увеличились на 1,4%, что много ниже инфляции, тогда как для препаратов, не входящих в Перечень ЖНВЛП, – на 7,4%.

В 2 раза сократилось количество рецептов, находящихся на отсроченном обслуживании.

При этом анализ практики государственных закупок лекарственных средств в регионах показал сохраняющийся значительный разброс цен на одинаковые препараты. С тем чтобы его устранить, а также в целом снизить цены при государственных закупках, министерством совместно с Госкомитетом «Ростех»

и Федеральным казначейством создана единая информационно-аналитическая система, которая будет содержать информацию обо всех планируемых закупках и автоматизированно просчитывать средневзвешенную рыночную цену по каждому международному непатентованному наименованию и торговому наименованию, а также отклонение от неё по каждой закупке. Система начала функционировать с 1 марта в тестовом режиме, а уже с начала следующего года будет запущена в эксплуатацию в полном объёме.

Безусловно, лекарства должны не только быть доступными по ассортиментным позициям и цене, но и качественными. Сегодня можно

приближены к рекомендованным значениям. Средняя величина должностных окладов врачей увеличилась в 1,5-2 раза.

Критика должна быть объективной

Президент Национальной медицинской палаты профессор Леонид Рошаль в своём выступлении дал положительную оценку деятельности Минздрава России. На фоне экономических, кадровых проблем сделано максимально возможное. Если провести корреляционную зависимость финансирования с полученными результатами, а следующим этапом – сравнить их с другими отраслями, здравоохранение окажется среди лучших по эффективности. Государство должно быть благодарно медикам, что в жёстких условиях финансирования им удаётся достигнуть столь впечатляющих результатов. Но надо помнить, что эти успехи даются тяжелейшим трудом.

Леонид Михайлович считает, что система сегодня работает на пределе своих возможностей. Силы врачей не безграничны. Помимо экономических проблем, большие трудности создают всевозможные формы отчётности. Порою кажется, что врач больше считает, нежели лечит.

Л. Рошаль возмутил критические статьи, которые были опубликованы в день итоговой коллегии. Они словно написаны под копирку. Главная претензия – сокращение коечного фонда наполовину. Но оно началось не 4 года назад, а с 2000 г. И поддерживалось бывшим руководством Минздравсоцразвития, которое теперь дружно критикует оптимизацию.

Все жители являются застрахованными

– Право на бесплатную медицинскую помощь – одно из конституционных прав каждого гражданина, – продолжила тему необоснованной критики на пресс-конференции после коллегии министр здравоохранения РФ. – Когда ребёнок рождается, у него ещё нет свидетельства о рождении, но он уже числится в системе ОМС, и так всю жизнь. Было много предложений – убрать из системы ОМС алкоголиков, курильщиков, граждан, которые не работают или не платят налоги, чтобы они сами платили за своё здоровье. Наказывать государство может какими-то другими методами, но убирать из системы ОМС никого нельзя. Никогда не верьте, кто бы ни стал делать странные заявления, что мы хотим кого-то выкинуть из системы ОМС. Все граждане РФ, даже не имеющие полиса на руках, числятся в этой системе.

Председатель Федерального фонда ОМС Наталья Стадченко, в свою очередь, пояснила, что журналисты неверно интерпретировали подготовленный недавно законопроект, который вносит изменения в Закон об ОМС в части персонализации учётного в системе ОМС. Документ согласован со всеми федеральными органами исполнительной власти, прошёл общественное обсуждение, получил одобрительное заключение и передан на рассмотрение в Правительство РФ.

– Согласно Закону об ОМС, все жители РФ являются застрахованными, кроме сотрудников силовых ведомств, – отметила Н. Стадченко. – Но мы сталкиваемся с тем, что гражданский служащий переходит на работу в силовую структуру. Законопроект, который так ждут все субъекты, позволит выводить из единого регистра застрахованных гражданских служащего, устроившегося на работу в силовое ведомство. Эти люди в полном объёме получают квалифицированную медицинскую помощь в ведомственных лечебных учреждениях.

Алексей ПАПЫРИН,
обозреватель «МГ».

Москва.

Фото Александра ХУДАСОВА.

Ориентиры

Выше московский
стандарт!

Столичное здравоохранение ставит перед собой самые амбициозные цели

По итогам минувшего года средняя ожидаемая продолжительность жизни в Москве составила 77,1 года, что на 3 больше, чем 6 лет назад. В среднем же по России это около 72 лет. «Таких показателей удалось достичь благодаря современным методам диагностики и лечения, а также внедрению новейшей техники в больницах и поликлиниках города», – сообщил на президиуме правительства Москвы мэр города Сергей Собянин. Примечательно, что в ходе заседания были затронуты и другие, не менее актуальные вопросы для столичного здравоохранения.

Этапы серьёзного пути

– Тема здравоохранения – одна из наиболее важных для населения любого субъекта нашей страны, и столичный регион – не исключение, – сказал С.Собянин. – Несмотря на все сложности и ряд нерешённых задач, нам удалось достичь определённых успехов на этом поприще. В частности, в прошедшем году продолжительность жизни превысила 77 лет. Это хороший показатель, близкий к восточноевропейским странам. Улучшились показатели детской, младенческой и материнской смертности, а также смертности от онкологических заболеваний, инфарктов, инсультов, то есть по всем главным критериям, по которым определяется уровень здравоохранения во всём мире.

– Интересно, что по сравнению с 2010 г. смертность трудоспособного населения города снизилась на 22%. Младенческая смертность также снижается, и за 6 лет её показатель стал меньше на 32%, – акцентировал внимание собравшихся руководитель Департамента здравоохранения Москвы Алексей Хрипун. – При этом выживаемость новорождённых с очень низкой и экстремально низкой массой тела достигла 87%, тогда как в 2010 г. (перед началом реформ столичного здравоохранения. – Д.В.) этот показатель составлял 51%. На 32% меньше стало и смертей от болезни системы кровообращения. Смертность от новообразований снизилась на 9%.

Глава департамента также заметил, что современные методы диагностики и лечения у столичных фтизиатров позволили достичь снижения заболеваемости туберкулёзом на 54% по сравнению с 2010 г. Это более чем в 3,5 раза ниже, чем в среднем по России. С точки зрения столичных властей, повысилась и доступность московского здравоохранения.

– Конечно, перед городской медициной поставлено много задач, не решённых по сей день. В частности, это увеличение заработной платы врачей, повышение их квалификации, укрепление материально-технической базы, строительство поликлиник, стационаров и целый ряд других вопросов, однако нельзя отрицать успехов, достигнутых нашей кропотливой работой, – заявил С.Собянин.

Так, в прошлом году продолжилась реализация мер, направленных на повышение качества медпомощи. Это коснулось и расширения охвата населения профилактикой заболеваний, главным образом социально значимых, и создания пациентоориентированной среды в столичных медучреждениях, и совершенствования медпомощи матерям и детям, и повышения эффективности использования коечного фонда стационаров, и расширения оказания высокотехнологичной помощи, а также внедрения принципиально новых методов диагностики и лечения. «Кроме того, шла активная работа с кадрами и уделялось внимание современному электронному технологиям», – добавил С.Собянин.



Идёт заседание столичного правительства

Превентивный подход

Самым важным мероприятием в сфере профилактики заболеваний в столичном сегменте отрасли за минувший год стала вакцинация против гриппа. Благодаря дополнительному финансированию из городского бюджета прививки против этой болезни сделали более 5 млн человек – максимальный охват за последние десятилетия. Новшеством стало проведение вакцинации в машинах «скорой помощи» у станций метро. Там против гриппа привились 117 тыс. жителей – население среднего европейского города или двух районов Москвы.

В прошлом году в поликлиниках, подведомственных Департаменту здравоохранения, открылось 14 новых отделений и кабинетов медицинской профилактики (всего на данный момент работает 61 отделение). Кроме того, профилактические акции проводились в парках, торговых центрах и других общественных местах; там проходили лекции о здоровом образе жизни, консультации врачей, обследования на раннее выявление заболеваний и факторов риска их развития.

– Всего в этих акциях приняли участие более 100 тыс. человек. Если предположить, что каждый из них поделился этой информацией дома хотя бы с одним-двумя членами семьи, то охват профилактической работой получается значительный, – считает А.Хрипун.

Наряду с этим в 2016 г. во всех взрослых столичных поликлиниках завершено внедрение «московского стандарта поликлиники», включающего борьбу с очередями, улучшение работы регистратуры, повышение комфорта пребывания и вежливый сервис. «В результате к началу нынешнего года доля пациентов, ожидавших приёма у кабинета врача более 20 минут, составила лишь 9% по сравнению с 35% в 2014 г., – подчеркнул А.Хрипун. – Доля пациентов, попавших на приём к врачу в день обращения или на следующий день, достигла 85%, что на 15% выше, нежели тремя годами ранее». Высокий уровень доступности амбулаторной помощи, по мнению А.Хрипуна, удалось сохранить, несмотря на две волны гриппа и большую нагрузку на поликлиники. Примечательно, что «московский стандарт поликлиники» распространили и на детские амбулаторные медучреждения.

В электронном виде

Главными результатами развития электронной системы записи на приём к врачу (Единая

медицинская информационно-аналитическая система, ЕМИАС) в прошлом году стали завершение перехода на выпуск льготных рецептов в электронном виде (97% от общего числа) и активное развитие проекта электронной медицинской карты (ЭМК). За год в городе оформили 3,1 млн ЭМК.

– Это не только возможность хранить информацию о состоянии здоровья москвичей, но и возможность сформировать онкологический или инсультный регистр, – отметил А.Хрипун, добавив, что в настоящее время развиваются такие функции ЕМИАС, как лабораторный сервис (2,3 млн направлений на электронные исследования в 2016 г.), персонализированный учёт (36,7 млн врачебных приёмов), облачная бухгалтерия (внедрена в 87 поликлиниках и 72 стационарах), аналитическая подсистема. Всего с момента внедрения на приём к врачу через ЕМИАС записались уже более 286 млн раз. Доля записей к педиатрам через интернет достигла 30%.

От мала до велика

Отделения детской реанимации и патологии новорождённых работают в каждом акушерском стационаре. Также было организовано проведение неонатального скрининга – массового обследования новорождённых на 5 форм наследственных заболеваний. Увеличилось в городе и количество медицинских организаций, проводящих экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО). В течение минувшего года было проведено более 2,5 тыс. таких процедур. Изменилась и оснащённость родильных домов.

– По сути дела, сегодня каждый московский родильный дом представляет собой современный перинатальный центр, – уверен А.Хрипун.

Что характерно, в прошлом году в систему столичного здравоохранения были интегрированы новые методы диагностики заболеваний, осуществляемые в рамках ОМС: низкодозная компьютерная томография для выявления респираторной патологии, а также позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ), совмещённая с компьютерной, для раннего выявления всевозможных новообразований. Всего в рамках ОМС было проведено 8,6 тыс. ПЭТ-исследований.

В ходе заседания была затронута и тема высокотехнологичной медицинской помощи. «К настоящему моменту ВМП оказывается в 45 столичных стационарах. Более половины видов такой помощи приходится на операции

по трём профилям: сердечно-сосудистой хирургии, травматологии и ортопедии, а также онкологии, – сообщил А.Хрипун. – В целом за 6 лет количество пациентов, получивших ВМП, выросло в 3,5 раза. Показатель доступности ВМП в городе достиг 95%».

Как известно, в столичном регионе стремительно развивается так называемая инфарктная сеть. В прошлом году помощь горожанам оказывали 29 круглосуточных сосудистых центров и первичных сосудистых отделений, в которых было пролечено 170 тыс. пациентов. За последние 4 года количество умерших от инфаркта миокарда в Москве уменьшилось в 2,8 раза. По итогам I квартала нынешнего года летальность от инфаркта миокарда стала меньше среднеевропейского показателя.

Наряду с этим ежегодно более 42 тыс. столичных жителей попадают в стационары с острыми нарушениями мозгового кровообращения. Именно первые 4,5 часа после проявления признаков болезни представляют собой «терапевтическое окно», когда оказание медпомощи наиболее эффективно. Для улучшения помощи больным с инфарктом головного мозга начато формирование специальной консультной сети, в которую входит уже 8 специализированных центров. Помимо этого, работает 57 кабинетов вторичной профилактики инсультов.

– В 8 из 20 сосудистых центрах сегодня применяются технологии, которые позволяют механическим путём восстанавливать кровоток в мозговых артериях, и люди перестают быть инвалидами, – пояснил А.Хрипун.

Среднее время прибытия бригады скорой помощи на место вызова в прошлом году составило 12,8 мин, тогда как в 2010 г. этот показатель равнялся 17,5 мин. Среднее время прибытия к месту дорожно-транспортного происшествия – 8 мин. Бригады 5 медицинских вертолётов оказали помощь 813 больным и пострадавшим, 109 из которых были детьми.

Кузница кадров

В прошлом году была организована полноценная работа симуляционного медицинского центра на базе городской клинической больницы им. С.П.Боткина. Обучение там прошли уже 7,2 тыс. человек. В 2016 г. главные специалисты Департамента здравоохранения Москвы провели обучающие мероприятия для 3,5 тыс. врачей. Ещё 9,1 тыс. врачей повысили квалификацию в медицинских вузах.

Также в столичном регионе продолжается проект по созданию университетских клиник, в рамках которых к лечению пациентов привлекают лучших клиницистов из федеральных медвузов. В 2016 г. число университетских клиник выросло вдвое – до 82.

В 40 медицинских организациях города также созданы кафедры 5 вузов. Это Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И.Евдокимова (32 клиники), Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова (25), Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова (19), Российский университет дружбы народов (4), Центральная государственная медицинская академия Управления делами Президента РФ (2).

Сохранению кадров в отрасли, по мнению городских властей, способствовало также (наряду с повышением зарплат) и увеличение расходов на здравоохранение. В прошлом году общий бюджет системы здравоохранения Москвы вырос на 8,7% по сравнению с позапрошлым годом и составил 316,8 млрд руб. (6 лет назад этот показатель равнялся 188,9 млрд руб.). Средние расходы на одного больного в стационаре с 2010 г. увеличились на 29% – до 42,9 тыс. руб.

Размер подушевого норматива финансирования в поликлиниках на одного прикрепленного вырос на 41,5% – до 5,8 тыс. руб. Увеличение финансирования позволяет компенсировать удорожание медицинских изделий и расходных материалов, а также повысить зарплату врачам.

Планы на будущее

– Профессиональный уровень врачей и качество оказания медицинской помощи – главные отраслевые задачи. Именно на этих двух направлениях будет сделан акцент в нынешнем году, – отметил А.Хрипун. – Основными задачами столичной системы здравоохранения на этот год являются: организация работы врачей общей практики во всех поликлиниках, улучшение помощи пациентам старших возрастных групп с коморбидностью, создание ресурсного центра развития поликлиник и обучение медицинских работников принципам вежливого общения, конфликтологии, управления стрессом и навыкам работы в ЕМИАС, увеличение объёмов оказания специализированной помощи, включая расширение консультной сети и сети стационаров кратковременного пребывания, реализацию пилотного проекта «Московский врач» (присвоение статуса «московский врач» наиболее грамотным и высококвалифицированным специалистам городских больниц и поликлиник. – Д.В.), а также подготовка управленческого кадрового резерва городского здравоохранения.

Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ,
обозреватель «МГ».

Фото с сайта mos.ru.

В Омской области принято решение об увеличении количества специалистов по спортивной медицине и лечебной физкультуре. Оно направлено на сохранение здоровья юных спортсменов.

Всерьёз задуматься об этой кадровой проблеме заставили изменения в законодательстве, предусматривающие углублённое медицинское обследование школьников, занимающихся физкультурой и спортом (приказ Министрства здравоохранения РФ № 134н от 01.03.2016 «О Порядке организации оказания медицинской помощи лицам, занимающимся физической культурой и спортом»).

Как отметила заместитель министра здравоохранения Омской области, начальник Управления организации оказания медицинской помощи женщинам и детям Ольга Богданова, в этом направлении была проведена работа со специалистами всех заинтересованных ведомств, организаций и органов исполнительной власти, ответственных за организацию физической культуры и спорта, с тем чтобы выработать единый алгоритм действий.

Для сокращения времени, которое занимает процедура получения медицинского заключения, было принято решение об увеличении количества специалистов по спортивной медицине и лечебной физкультуре на территории региона. В настоящее время профессиональную переподготовку проходят 22 врача, а до конца года ещё 20 врачей городских и районных поликлиник пройдут переподготовку по спортивной медицине. Этого количества, считают в Минздраве, будет достаточно для того, чтобы иметь возможность получать консультации врача по спортивной медицине в поликлинике по месту жительства. Кроме этого, сегодня во всех учреждениях амбулаторно-поликлинической сети Прииртышья введены отдельные часы либо дни для проведения медицинских осмотров детей, в том числе для получения медицинского заключения о допуске к занятиям спортом и к участию в спортивных соревнованиях.

Проблема медицинского обеспечения спортсменов и физкультурников возникла не вчера и не сегодня. Врачи с тревогой отмеча-

ют, что в последние годы здоровье детей и подростков ухудшается. Так, 25 детей из 1000 имеют тот или иной порок сердца. И очень важно внимательно подходить к здоровью школьников – и тех, кто активно участвует в спортивных соревнованиях, и тех, кто только планирует заниматься спортом. При этом специалисты уверены, что равную ответственность за здоровье ребёнка должны нести

Спортивные врачи способны не только квалифицированно оценить динамику состояния здоровья, физического развития и функциональных возможностей подростка в связи с занятиями физической культурой и спортом, но и своевременно выявить нарушения в деятельности организма при нерациональной двигательной активности. Сегодня для

Прежде всего речь идёт о допуске к занятиям на спортивно-оздоровительном и начальном этапах. Если раньше достаточно было прохождения ЭКГ, то теперь тренер выписывает соответствующее направление для педиатра, тот, в свою очередь, направляет ребёнка к узким специалистам и на различного рода диагностические и лабораторные обследо-

Прогнозы

Выявить скрытые заболевания

В поликлиниках ждут спортивных врачей



медицинские работники, тренеры и родители.

– Есть такое понятие, как педагогический контроль. Перед каждым занятием тренер обязан оценить функциональное состояние юного спортсмена. Обратив внимание на окраску кожных покровов, самочувствие, активность ученика. И только после этого принимать решение о допуске его к занятию, снижении нагрузки или об отдыхе, – рассказал заместитель директора Департамента по делам молодёжи, физической культуры и спорта омской мэрии Сергей Нестеров.

регулярных занятий в спортивной школе или секции каждый ребёнок должен пройти медицинскую комиссию и получить допуск. Такое требование действует с июля 2016 г.

– Это требование направлено на сохранение жизни и здоровья юных спортсменов. Это ещё один фильтр, который позволяет выявить скрытые заболевания, нарушения, не всегда имеющие клинические проявления, но дающие о себе знать при усиленных физических нагрузках, – подчеркнула О.Богданова.

вания, и только потом врач по лечебной физкультуре и спортивной медицине выдаёт заключение для спортивной школы.

Понятно, что пока эта схема не отработана, и процесс идёт достаточно напряжённо. Прохождение всех необходимых обследований занимает около 1,5 месяцев (срок действия заключения – от 6 до 12 месяцев). К тому же далеко не во всех территориальных поликлиниках есть специалисты по спортивной медицине, и для получения заключения приходится обращаться в областной врачебно-физкультурный диспансер. Справиться с этой проблемой поможет кадровое пополнение: переподготовку по направлению «врач по лечебной физкультуре и спортивной медицине» до конца года пройдут 40 специалистов, которых ждут в поликлиниках.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

Новости

Лекарственная терапия опухолей

В Ростовском научно-исследовательском онкологическом институте состоялась научно-практическая конференция «Современные направления лекарственной терапии опухолей». В рамках научного мероприятия работали 4 сессии, посвящённые новейшим исследованиям в области иммуноонкологии, лекарственного лечения солидных опухолей, онкогематологии и поддерживающей терапии в онкологии.

– Особое внимание на конференции было уделено иммуноонкологии. Это новый этап в лечении онкологических заболеваний. В отличие от традиционной химио- и таргетной терапии воздействие на иммунную систему онкологического позволяет активировать собственный иммунитет пациента для борьбы со злокачественными заболеваниями. Кроме того, это направление имеет большой научный потенциал, – отметил генеральный директор РНИОИ Минздрава России, главный онколог Южного федерального округа, член-корреспондент РАН Олег Кит.

Участниками конференции стали более 300 специалистов из Москвы, Санкт-Петербурга, регионов Юга России: онкологи, химиотерапевты, гематологи и врачи других специальностей. В программе конференции прозвучало более 20 докладов, в том числе 6 научных исследований, сделанных учёными Ростовского НИИ онкологии.

Подобная встреча, посвящённая лекарственной терапии опухолей, в Ростовском онкоинституте только за последний год проводится второй раз. В конце прошлого года в РНИОИ состоялась Всероссийская научно-практическая конференция «Новые направления в лекарственной терапии злокачественных опухолей». Тогда научный материал мероприятия также вызвал большой интерес в профессиональной среде.

Алла МЫСНИК,
внешт. корр. «МГ».

Перемены

Программы федеральные и областные

Все они нацелены на здоровье свердловчан

В областной клинической больнице № 1 под председательством министра Игоря Трофимова состоялась заседание коллегии Министерства здравоохранения Свердловской области, обсудившей итоги деятельности регионального здравоохранения в 2016 г. и задачи отрасли на 2017 г.

В своём докладе министр сообщил, что реализация территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в области осуществлялась посредством выполнения организациями здравоохранения установленных объёмов бесплатной медицинской помощи по видам и условиям её предоставления. В её реализации участвовало 219 медицинских организаций различных типов. Исполнение финансовых средств, по предварительной информации, составило 58 млн 443 тыс. 800 руб., или 100,6% годового плана.

Одной из важнейших проблем страны и региона является демографическая политика. В целях

повышения рождаемости объёмы помощи бесплодным супружеским парам с применением метода вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) выросли в 16 раз, со 170 процедур в 2007 г. до 2,7 тыс. в 2016 г. По итогам 2016 г. в медицинские организации, осуществляющие ВРТ, направлено 2728 пар, зарегистрирована беременность в 1154 случаях.

Как заявил И.Трофимов, другим направлением демографической политики является снижение смертности населения, в связи с чем в регионе проводятся мероприятия по профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни граждан.

Министерством здравоохранения Свердловской области разработаны и успешно реализуются межведомственные программы по профилактике хронических неинфекционных заболеваний и формированию здорового образа жизни, направленные в том числе на популяризацию культуры здорового питания, профилактику бытового пьянства, алкоголизма и наркомании, табакокурения.

Одним из главных показателей, влияющих на медико-демографическую ситуацию, является снижение смертности от болезни системы кровообращения. В области сформирована трёхуровневая система оказания медицинской помощи с маршрутизацией экстренных больных в специализированные сосудистые центры; в целях улучшения ранней диагностики острого коронарного синдрома внедрена технология телекардиографии; на базе медицинского колледжа в 2016 г. проведено обучение 603 фельдшеров скорой медицинской помощи технике тромболитической терапии; улучшилась доступность оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

В 2016 г. ВМП по профилю «сердечно-сосудистая хирургия» получили 8320 пациентов, практически каждому второму из них проведена неотложная операция стентирования коронарных сосудов и установки кардиостимуляторов за счёт средств обязательного медицинского страхования.

Кроме того, проведено около 4 тыс. плановых оперативных вмешательств за счёт средств областного и федерального бюджетов.

В прошлом году в области зарегистрировано более 4500 больных с острым коронарным синдромом с подъёмом сегмента ST. Проведено 815 эффективных лечебных вмешательств – тромболизисов, в том числе 260 – на догоспитальном этапе. Использование современных методов лечения позволило снизить летальность от острого инфаркта миокарда до 10,1%.

В целом проведение данных мероприятий позволило снизить смертность от сердечно-сосудистых заболеваний за последние 5 лет на 10,7%. Показатель смертности от сердечно-сосудистых заболеваний снизился до 676 на 100 тыс. человек.

Большое внимание работники отрасли уделяли проведению диспансеризации определённых групп взрослого населения. На конец 2016 г. диспансеризацией охвачено около 670 тыс. человек, что составило 90% от плана.

Что же касается нынешнего года, то приоритетным направлением в организации оказания медицинской помощи жителям Свердловской области станут: обеспечение доступности качественной первичной помощи жителям Свердловской области; обеспечение мероприятий по снижению смертности от основных причин и проведение ежемесячного мониторинга их показателей.

Также планируется и далее обеспечивать соблюдение порядков и маршрутизации пациентов для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи; усилить работу по профилактике, раннему выявлению онкологических заболеваний и соблюдению порядка маршрутизации пациентов при подозрении или установлении подобного диагноза.

Важной задачей коллегии признала необходимость организовать и обеспечить дальнейшее проведение диспансеризации взрослого населения.

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Екатеринбург.

В почёте не были, но выжили...

– Михаил Анатольевич, вопросы реабилитации, санаторно-курортного дела у нас долгие годы «деликатно» обходили вниманием. Дескать, не до них, много более серьёзных проблем здравоохранения. Как вы оцениваете современное состояние специальности?

– Прежде всего хочу напомнить, что лечебная физическая культура (ЛФК) является ведущим, системообразующим элементом медицинской реабилитации. Лечение движением – метод, давно доказавший свою эффективность и незаменимость при восстановлении нарушенных функций не только органов движения и опоры, но и при многих соматических заболеваниях. Если у человека есть определённое функциональное нарушение, заболевание или травма, следует использовать для его восстановления конкретные движения, упражнения, причём в строго регламентированных режимах. Сразу же появилось много новых оригинальных методик.

В наше время происходит новая смена парадигмы, когда врачам, специалистам уже недостаточно набора специальных упражнений, которые помогают, например, если у человека не сгибается нога. Восстановление нарушенной функции сустава – это только первый шаг, и доктор использует ЛФК как метод обучения пациента оптимальному двигательному стереотипу. Конечно, больной человек не может освоить всё, но начальные навыки должны быть приняты им и развиты в соответствии с индивидуальными особенностями. Наша задача – подготовить некий базис у пациента, а дальше он уже может пойти в фитнес-зал, на спортивные секции, где будет совершенствовать и развивать свои движения. Так последовательно, по этапам мы реабилитируем пациентов.

– С чего начался новый этап вашей жизни, связанный с центром?

– Это было для меня неожиданностью. В 2015 г. директор РНЦ МРиК профессор М.Герасименко пригласила меня в центр, предложив развивать направление двигательной реабилитации. Для любого специалиста в области медицинской реабилитации и курортологии работа в этом учреждении – высокая честь и большая ответственность. Достаточно вспомнить, что научно-методическое наследие нашего отделения действительно огромно. Мы и сегодня используем предложенные учителями методики лечения и реабилитации пациентов. Я, в свою очередь, попытался внести в работу центра методические подходы школы медицинской реабилитации Центрального научно-исследовательского института травматологии и ортопедии им. Н.Н.Приорова, разрабатанные профессором А.Каптелиным.

Надо – значит, делай

– Сегодня вы одновременно руководите научным отделом, клиническим отделением лечебной физкультуры и биомеханики, отделением медицинской реабилитации – фактически подразделением травматологии и ортопедии. Три структуры, и каждая из них непростая. Как удаётся всё совмещать?

С тех пор как в XVIII веке в России был открыт первый курорт «Марциальные воды», интерес к курортному лечению продолжает возрастать. В советское время получить путёвку в санаторий, чтобы «подлечиться», было очень непросто, но возможно. В 90-е годы содержать даже самые знаменитые санатории стало тяжело. Многие здания ветшали, приходили в негодность, дороговизна путёвок не позволяла людям такую «роскошь». Государство, правда, находило выход. Раз в 2-3 года пенсионерам всё же давали бесплатные путёвки и таким образом в основном поддерживали важную отрасль здравоохранения.

Некоторое время назад в России стал возрождаться интерес к санаторно-курортному лечению, реабилитации: активнее на-

чали работать сотрудники курортных учреждений, учёные чаще стали проводить конференции, семинары, где обсуждаются актуальные вопросы отрасли. Важную роль сегодня играют традиционные, давно зарекомендовавшие себя учреждения, среди которых – Российский научный центр медицинской реабилитации и курортологии Минздрава России (РНЦ МРиК). Недавно в центре столицы он получил новое 12-этажное здание, оснащённое современной аппаратурой и техникой.

Мы беседуем с одним из ведущих учёных в области медицинской реабилитации и курортологии, заведующим отделением ЛФК и клинической биомеханики центра, доктором медицинских наук, профессором Михаилом ЕРЁМУШКИНЫМ.

Проблемы и решения

Движением возвращаем к жизни

Как медицинская курортология помогает сегодня в деле реабилитации

– Когда наш центр только открылся в новом здании, Министерство здравоохранения поставило перед нами задачу наладить его работу. Эта задача была решена. Надо признаться, что, где бы я ни работал, мне частенько всё приходилось начинать с нуля. Например, в ЦИТО организовал подразделение амбулаторной реабилитации, где всё приходилось сначала делать самому. В качестве консультанта ряда реабилитационных центров, превратившихся сегодня в крупные сетевые системы, также приходилось организовывать систему реабилитационной помощи практически на пустом месте. Поэтому я спокойно отношусь к нагрузкам. Живу по принципу: надо – значит, делай.

Всё это говорю к тому, что специальность наша требует очень большого вложения сил, надо владеть ею в полном объёме. Как в ЦИТО, так и в РНЦ моё обязательное требование к сотрудникам – владение несколькими специальностями. Помимо клинической специальности врач должен обладать знаниями и умениями в области ЛФК, физио-, рефлекс- и мануальной терапии. Инструктор-методист ЛФК обязан иметь высшее педагогическое образование, желательнее не только физкультурное, но и психологическое. Массажист кроме своей базовой специальности также должен хорошо знать основы и ЛФК, и аппаратной физиотерапии.

– Сколько же терпения, выдержки надо иметь доктору, а главное знаниям, чтобы помочь человеку восстановить утраченные функции.

– Это профессиональный долг и высокая честь – продолжать дело наших учителей, развивать отечественную систему медицинской реабилитации и курортологии. Мы гордимся тем, что традиционно наши направления – лечебная физкультура, физиотерапия, бальнеология – занимали лидирующее положение не только в России, но и в мире. Наш приоритет признают ещё с XIX века. Так как я массажем занимаюсь достаточно давно, у меня издано много книг, одна из последних – это учебник, стандарт, которого должны придерживаться наши специалисты. Сейчас мы активно работаем над подготовкой робота для массажа, создавая его совместно с Мос-

ковским политехническим университетом. С 2005 г. мы стали проводить чемпионаты по массажу. Профессиональные конкурсы очень нужны. По сути, все сегодняшние преподаватели – это люди, прошедшие через сито чемпионатов-конкурсов. По учебнику «Основы реабилитации» занимаются в медицинских колледжах, создаются программы подготовки новых специалистов.

Лечебная физкультура – надёжный помощник

– Врачи часто говорят: чудес на свете не бывает. Но в любой работе высшая оценка – это выздоровление, результат.

– Реабилитация – это очень благодарное направление, результаты её мы видим довольно быстро. Предположим, что до лечения у пациента была ограниченность движений плечевого сустава, после нескольких занятий у нас он начинает свободно двигать рукой. Или человек долгое время находился в кресле-каталке, а после наших занятий может самостоятельно стоять, пациент не ходил, а тут вдруг сделал первые шаги. Разве это не чудо? Но для нас сегодня лечебная физкультура – обыденность и отличный помощник. В отделеении проводятся как групповые, так и индивидуальные занятия на сложных тренажёрах, роботизированных комплексах, потому что сейчас настало время четвёртой технологической революции, когда техника играет всё большую роль, помогая пациенту восстановить травмированную функцию, а это значит, что он может жить полноценной жизнью, заниматься любимым делом, интересной работой. Но не нужно забывать, что любая техника не заменяет специалиста, а лишь помогает ему. Один из интересных видов лечения – гидрокинезотерапия,



занятия в бассейне. У нас в центре их два, причём один с минеральной водой.

– При каких патологиях вы назначаете этот вид лечения?

– При заболеваниях центральной и периферической нервной системы, деформации позвоночника, остеохондрозах, патологиях крупных суставов, послеоперационных последствиях. Например, после эндопротезирования тазобедренных, коленного и плечевого суставов, при заболеваниях сердечно-сосудистой системы. Вода – это важный инструмент для врача лечебной физкультуры. В бассейне есть подводно-беговая дорожка, используются занятия с поплавками, варианты каскадного душа. Это не просто бассейн для плавания, а именно для занятий лечебной физкультурой. Главное – он даёт прекрасные результаты.

– Пока мы не так часто говорим о роботизированных аппаратах, но, увидев вашу технику, начинаешь верить, что она действительно может вернуть человека к полноценной жизни. Но если пациент не ходит...

– В движении мы возвращаем его к жизни. Предположим, человек получил спинномозговую травму. Восстановление его происходит очень медленно, надо заново научить его ходить.

Этот первый шаг к выздоровлению обеспечивает наш роботизированный локомоторный комплекс. Порой пациент приезжает в инвалидной коляске. Используя технику, подвешиваем его в специальном устройстве, и пациент начинает двигаться, причём не только по прямой дорожке, но и по ступенькам. Он видит себя на экране, что помогает ему закреплять положительную динамику, которая заметна уже через неделю.

Есть ещё аппарат для тех, кто обучается ходьбе, – сенсорная беговая дорожка. На проекторе отражаются те предметы, на которые надо наступать или обходить, мы можем осваивать любой стереотип ходьбы. Есть очень интересные лечебные терапевтические тренажёры для укрепления мышечного корсета, спины. Построены они на таком принципе обучения, чтобы пациент сумел включить определённую мышцу спины, живота, конкретную мышечную группу. Иногда, когда надо даже снять болевой синдром, мы «отводим» определённые мышцы, пользуясь очередностью их включения.

Не просто клиника

– Михаил Анатольевич, работать в таком центре – это очень ответственно. К вам, я заметила, попадают сложные, неординарные больные, коллектив всё время в поиске, овладевает передовым опытом.

– Наш центр – во многом свидетельство достижений отечественной медицины. РНЦ МРиК – это не просто клиника. Имея филиалы – 7 санаториев в разных регионах РФ, – наше учреждение могло бы взять под своё крыло все санатории Минздрава России, курируя методы, программы лечения, которые используют в учреждениях этого профиля. И мы готовы к практической реализации этого проекта. В России великолепные ресурсы – минеральные воды, лечебные грязи, естественные и искусственные физические факторы, свои научные школы реабилитации и курортологии.

Беседу вела
Валентина ЗАЙЦЕВА,
корр. «МГ».

Фото Юрия ЛУНЬКОВА.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 28 (2058)

Классы рекомендаций и уровень их доказательности

Класс рекомендаций и уровень доказательности в отношении конкретных методов профилактики и лечения определяются и оцениваются по шкале, принятой Европейским кардиологическим обществом и Европейской ассоциацией кардиоваскулярной профилактики и реабилитации, представленной в таблицах 1 и 2.

Концепция факторов риска развития ССЗ и стратегии профилактики ССЗ

Первичной профилактикой хронических заболеваний важно заниматься с детского возраста, так как многочисленными исследованиями подтверждено, что так называемые факторы риска (ФР), формируясь в детско-подростковом возрасте, обладают устойчивостью и в дальнейшем благополучно переходят в образ жизни взрослого человека.

В 60-е годы прошлого столетия была сформулирована концепция факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний, в структуру которых включены и сердечно-сосудистые болезни.

Концепция основана на результатах проспективных эпидемиологических исследований и в настоящее время является методической основой для планирования и организации первичной профилактики сердечно-сосудистой патологии.

Согласно концепции, различают модифицируемые и немодифицируемые факторы риска. Немодифицируемые факторы риска (возраст, пол, генетическая предрасположенность) используют для разработки систем стратификации риска развития заболеваний. Такие факторы риска не могут быть скорректированы, могут только учитываться при определении степени риска развития заболеваний.

Модифицируемые факторы риска подвергаются коррекции и разделены на поведенческие и биологические.

К поведенческим относятся: курение, нездоровое питание, низкая физическая активность, избыточное потребление алкоголя, хроническое психоэмоциональное напряжение. Это наиболее часто встречающиеся поведенческие факторы риска в образе жизни современного человека, которые способствуют развитию ХНИЗ и сердечно-сосудистой патологии в том числе.

При длительном воздействии поведенческих факторов риска на организм человека происходит формирование биологических факторов риска – артериальной гипертензии, дислипидемии, избыточной массы тела, ожирения и сахарного диабета, являющихся значимыми для развития сердечно-сосудистой патологии.

В последние годы активно обсуждается роль психосоциальных факторов – низкий уровень образования и дохода, низкая социальная поддержка, психосоциальный стресс и развитие тревожных или депрессивных состояний, но их вклад в развитие ССЗ более скромный.

Помимо выделения факторов риска развития заболеваний разрабатываются эффективные стратегии проведения профилактических мероприятий.

На данный момент определены следующие стратегии профилактики:

- популяционная;
- стратегия высокого риска;
- стратегия вторичной профилактики.

Популяционная стратегия профилактики направлена прежде всего на формирование здорового образа жизни у членов общества, пропаганду знаний о сохранении здоровья, широкую информационную работу с населением независимо от наличия у них ФР или ХНИЗ. Роль семейного врача в реализации популяционной стратегии профилактики состоит в активном информировании и мотивации населения на здоровый образ жизни и обращение за медицинской консультацией при наличии ФР.

Ведущая роль в проведении популяционной стратегии среди медицинских специалистов принадлежит центрам медицинской профилактики.

Стратегия высокого риска направлена на выявление и коррекцию факторов риска у пациентов. Ведущая роль отведена специалистам первичного звена здравоохранения, в том числе семейному врачу. Последние

программы — диспансеризация определённых возрастных групп населения и профилактические медицинские осмотры — являются хорошей поддержкой для реализации стратегии профилактики высокого риска.

Вторичная профилактика направлена на работу с группами пациентов, имеющих заболевание, с целью предотвращения прогрессирования заболеваний и развития осложнений. Вторичная профилактика является неотъемлемой частью профессиональной деятельности семейного врача. Более того, семейному врачу отводится ведущая роль в реализации этой стратегии среди медицинских специалистов.

Первичная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний. Клинические рекомендации

Классы рекомендаций

Класс рекомендаций	Определение пользы рекомендаций	Рекомендации по использованию
Класс I	Польза и эффективность данного лечения или вмешательства доказаны и/или общепризнаны	Рекомендовать к применению
Класс II	Противоречивые данные и/или расхождение мнений по поводу пользы/эффективности метода лечения или вмешательства	
Класс IIa	Больше данных свидетельствует о пользе/эффективности вмешательства	Следует рассматривать
Класс IIb	Польза/эффективность менее убедительны	Могут рассматриваться
Класс III	Имеющиеся данные или общее мнение свидетельствуют о том, что лечение или процедура бесполезны/не эффективны и в некоторых случаях могут быть вредными	Не рекомендовать к применению

Таблица 1

Уровень доказательности рекомендации

Уровень доказательности	Характеристика исследований
A	Высококачественный метаанализ, систематический обзор, рандомизированные клинические исследования (РКИ) или РКИ с очень низкой вероятностью систематической ошибки
B	РКИ с невысокой вероятностью систематической ошибки, когортные исследования или исследования случай-контроль
C	Описание серии случаев, неконтролируемое исследование, мнение экспертов

Таблица 2

Оценка риска ССЗ

Для выявления ФР используются скрининговые методы обследования. Различают оппортунистический и селективный скрининг.

Оппортунистический скрининг проводится при любом обращении пациента в медицинскую организацию к врачу.

Селективный – обследуются пациенты, имеющие высокую вероятность наличия ФР (например, обследование пациентов с ожирением на выявление АГ).

Поскольку ССЗ рассматриваются как заболевание с многофакторной этиологией и установлено потенцирующее действие факторов риска на развитие ССЗ, разработана шкала суммарного сердечно-сосудистого риска на основе учёта совокупности определённых факторов риска.

Определение суммарного сердечно-сосудистого риска (ССС-риск) рекомендовано для проведения первичной и вторичной профилактики ССЗ, в том числе при проведении диспансеризации определённых возрастных групп населения и профилактических медицинских осмотров.

Суммарный сердечно-сосудистый риск предложено определять, используя Европейскую шкалу SCORE, которая разработана для оценки абсолютного риска фатальных сердечно-сосудистых осложнений в предстоящие 10 лет жизни. К фатальным сердечно-сосудистым осложнениям относятся смерть от инфаркта миокарда и других форм ИБС, от инсульта.

Важно, чтобы при любом обращении пациента за медицинской помощью был проведён оппортунистический скрининг на выявление ФР развития сердечно-сосудистых заболеваний и определён суммарный сердечно-сосудистый риск развития фатальных осложнений в ближайшие 10 лет жизни этого пациента.

Методика определения СССР-риска по Европейской шкале SCORE.

Для работы со шкалой необходимо учитывать:

- пол;
- возраст;
- статус курения (курящий/некурящий);
- общий холестерин;
- систолическое АД.

в первую очередь курения и артериальной гипертензии.

ССС-риск может быть выше, чем по шкале SCORE, у лиц:

- с избыточной массой тела или ожирением, в том числе абдоминальным, особенно у молодых с низкой физической активностью;
- с низким социальным статусом;
- с сахарным диабетом (рассматриваются только случаи сахарного диабета 1-го типа без поражения органов-мишеней);
- с семейным анамнезом раннего развития ССЗ у ближайших родственников;
- с выраженной дислипидемией, особенно в случаях семейной гиперхолестеринемии;
- с доказанным атеросклеротическим поражением сонных артерий без клинических проявлений;
- с умеренной и тяжёлой хронической болезнью почек (СКФ менее 60 мл/мин).

В каких случаях шкала SCORE не используется:

- у пациентов старше 65 и моложе 40 лет;
- у пациентов с доказанными ССЗ атеросклеротического генеза (ИБС, ЦВБ, анев-

ризма аорты, атеросклероз периферических артерий);

- у пациентов с сахарным диабетом 1-го и 2-го типа с поражением органов-мишеней;
- у пациентов с очень высокими уровнями отдельных ФР.

Выявление основных ФР и оценка СССР-риска с проведением кратковременного профилактического консультирования пациента для коррекции ФР и составляет основу первичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний.

Принципы коррекции поведенческих факторов риска развития ССЗ

Если обсуждать возможности первичной профилактики ССЗ, то такая работа должна быть направлена в первую очередь на поведенческие факторы риска развития ССЗ. По данным ВОЗ, более 75% смертей от ССЗ можно было предотвратить за счёт коррекции ФР и изменения образа жизни таких пациентов.

Учитывая, что поведенческие ФР чаще формируются в подростковый период с последующим закреплением во взрослом образе жизни, профилактическую работу необходимо начинать с подросткового возраста, информируя подростков о вреде той или иной «вредной привычки», мотивируя на отказ от регулярного использования этой привычки и всячески одобряя «выбор здорового образа жизни».

Итак, какие показатели «здорового образа жизни» будут служить ориентиром семейному врачу и пациенту?

1. Отказ от курения табака (класс I, уровень A).

2. Достаточный уровень физической активности.

3. Здоровое питание.

4. Отсутствие ожирения и избыточного веса (класс I, уровень A). Контроль массы тела.

5. АД ниже 140/90 мм рт.ст. (класс IIa, уровень A).

6. Уровень общего ХС крови ниже 5 ммоль/л или 190 мг/дл (класс I, уровень A).

7. Уровень глюкозы крови натощак не выше 6,1 ммоль/л и Hb менее 7% (класс I, уровень A).

8. Контроль психоэмоционального состояния (преодоление психоэмоционального стресса, снятие психоэмоционального напряжения). (класс IIa, уровень B), особенно у лиц с очень высоким СССР-риском (класс I, уровень A).

Профилактическая работа с курящими пациентами

1. Отказ от курения (класс I, уровень B). Диагностический критерий: курение табака – ежедневное выкуривание одной сигареты и более.

Курение является одним из главных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, и отказ от курения, вероятно,

Виды активности и их энергетическая активность

Таблица 3

Группы активности и примеры	кДж/мин на 1 кг массы тела
Боулинг, гольф	14,7
Ходьба, пеший туризм	16,8
Малоинтенсивные спортивные занятия, например стрельба, бадминтон	16,8
Малоинтенсивные домашние физические упражнения	16,8
Малоинтенсивная производственная деятельность (официант, медсестра)	18,9
Работа по дому, например чистка ванны	18,9
Малоинтенсивная домашняя работа, работа в саду	21,0
Интенсивные тренирующие упражнения (тяжёлая атлетика, гимнастика)	25,2
Быстрые танцы, акробатические танцы	25,2
Плавание, другие интенсивные виды физической активности в воде (водные лыжи)	25,2
Скоростной спуск на лыжах, футбол, баскетбол, другие подобные упражнения	29,4
Быстрая езда на велосипеде (скорость более 16 км/ч), гребля, прыжки со скакалкой	33,6
Интенсивные спортивные игры с ракеткой	33,6
Бег трусцой, спортивный бег, быстрая ходьба, бег на лыжах по пересечённой местности	33,6
Высокоинтенсивная домашняя работа, например чистка снега, колка дров, перенос или подъём предметов массой более 9 кг	33,6

– одно из самых эффективных мероприятий по коррекции образа жизни, служащее профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, включая инсульт, инфаркт миокарда и поражение периферических артерий.

По этой причине при каждом контакте с пациентом следует оценивать статус курения и давать рекомендации по отказу от него.

Основные постулаты для беседы с пациентом:

«Нет безвредных форм курения и нет безопасных доз никотина».

«Прекратить курение полезно в любом возрасте и при любом стаже курения».

«Пассивное курение так же вредно, как и активное».

Диагностика для курящих пациентов: оценка степени никотиновой зависимости по тесту Фагерстрема (см. приложение 1).

При этом независимо от результата тестирования можно мотивировать пациента на отказ от курения:

1. «Необходимо бросить курить, пока ещё не развилась зависимость» (при отрицательном результате теста).

2. «Необходимо бросать курить, пока не развилась высокая зависимость от никотина» (при положительном результате теста).

В ходе обсуждения причин, побуждающих пациента курить, разбираются ситуации, в которых пациент «всегда закуривает сигарету», делается акцент на «ритуальность» и «автоматизм» курения. Обсуждаются возможные причины, заставившие пациента регулярно курить (психозомоциональное напряжение, усталость, ситуационные моменты, социальное подкрепление).

В ходе беседы достигается цель мотивировать пациента отказаться от вредной привычки через осознание причин и степени вреда для здоровья.

Важно оценить, насколько готов пациент отказаться от курения. Это может быть следующим этапом профилактической беседы/консультирования.

Нужно предложить пациенту заполнить ещё один тест «Оценка степени готовности к отказу от курения» (см. приложение 2).

В зависимости от результата семейный врач выбирает дальнейшую тактику – либо предлагает лечебную программу с целью полного отказа от курения при высокой мотивации к отказу от курения, либо предлагает помощь в снижении интенсивности курения при слабой мотивации.

Мотивационное консультирование занимает от 3 до 5 минут в процессе работы с пациентом и должно повторяться каждый раз при обращении пациента к врачу. При этом даже регулярный и доброжелательный вопрос к пациенту: «Как дела с курением?» будет способствовать осознанию пациентом курения как проблемы для его здоровья. Рекомендуется регистрировать и обновлять данные по курению при каждом визите пациента.

Задача врача – подчеркнуть связь ФР с состоянием здоровья пациента на момент осмотра. В таких ситуациях мотивация на изменение образа жизни и отказа от вредной привычки возникает чаще. Важно в процессе консультирования определиться со стратегией по прекращению курения:

– совет/беседа по изменению поведения;

– психотерапия;

– никотин-заместительная или другая лекарственная терапия. Особенно для тех, кто выкуривает 10 и больше сигарет в день.

Советы пациенту по изменению курительного поведения:

1. Настраиваться на осознанное отношение к отказу от курения, помнить только о преимуществах отказа от курения, которые для каждого человека могут быть различными/индивидуальными.

2. Обсудить/обдумать и записать «ситуации риска», в которых пациент должен быть внимателен, чтобы не закурить: привычные стереотипы поведения, когда пациент закурил (утром, при выходе на улицу, после еды, в кофейные перерывы, в баре, на вечеринках с друзьями). Избегать таких ситуаций, особенно в первые месяцы отказа от курения.

3. Найти пищевую замену перекурам – фрукты, овощи, жевательная резинка.

4. Найти/придумать себе «награды» за воздержание от курения и поощрять себя.

5. Найти единомышленников или людей в ближайшем социальном окружении, кто будет работать «группой поддержки».

6. Объявить о своём намерении бросить курить друзьям, коллегам, семье для усиления собственной мотивации в избавлении от вредной привычки.

7. Найти врача/консультанта/медицинскую организацию, куда можно будет обратиться при необходимости медицинской помощи при ухудшении самочувствия или непреодолимой тяге к курению.

Что ещё должен рассказать врач пациенту, принявшему решение отказаться от курения?

1. Информацию о возможном ухудшении самочувствия в первые 2-3 недели отказа от курения: могут наблюдаться возбудимость, нарушение концентрации внимания, раздражительность, депрессия, сонливость, головная боль, тремор, потливость.

Кроме этого, может наблюдаться обострение хронических заболеваний бронхов – усиление кашля, уменьшение отхождения мокроты и т.п.

Пациента необходимо информировать, что такие симптомы имеют максимальную выраженность в первые 2-3 недели и в дальнейшем стихают.

2. Часто пациенты указывают на увеличение массы тела, поэтому важно обсудить с пациентом диету для облегчения симптомов. Диетические рекомендации включают: увеличение потребления продуктов, богатых витаминами С (шиповник, чёрная смородина, зелёный лук, капуста, лимоны), В₁ (хлеб грубого помола, крупы), В₂ (зелёный горошек, апельсины, дыни), РР (фасоль, крупы, дрожжи, капуста, молочные продукты, картофель), А (овощи, особенно морковь), Е (хлеб грубого помола, растительное масло, зелёные овощи, зародыши пшеницы). Рекомендуется щелочное питье – минеральные воды, соки, овощные отвары.

3. Любая физическая активность также будет снижать психозомоциональную напряжённость и выраженность симптомов при отказе от курения. Пациенту предлагается выбрать ту форму физической активности, которая для него наиболее приемлема.

4. Чем раньше человек бросает курить, тем благоприятнее прогноз. Среди тех, кто бросает курить и не курит в течение 3 лет, риск развития ИБС не отличается от такового у некурящего.

Профилактическая работа с пациентами с низкой физической активностью

Низкая физическая активность (класс 1, уровень доказательности А).

Диагностический критерий: низкая физическая активность – ходьба в умеренном или быстром темпе менее 30 минут в день.

Рекомендации для пациентов: ежедневно или большинство дней в неделю – ходьба в умеренном темпе не менее 30 минут. Это минимально необходимый уровень физической активности для поддержания здоровья.

В повседневной жизни современный человек, занимаясь ежедневно работой по дому, добираясь на работу, посещая разные учреждения, имеет некоторый уровень общей физической активности. В современных условиях жизни этого недостаточно для поддержания здоровья. Необходимо организованная физическая активность – физические упражнения с вовлечением больших групп мышц, ритмически повторяющиеся без перерыва с длительностью не менее 15 минут.

Такие упражнения доказанно повышают степень тренированности сердечно-сосудистой системы и являются профилактическим средством в отношении развития ССЗ, ожирения и сахарного диабета.

С учётом определения показателей «организованной физической активности» как определить «умеренный темп»?

Рассматриваются два основных критерия организованной физической активности: интенсивность и продолжительность.

Таблица 4

Рекомендации по физической активности в целях профилактики ССЗ и их осложнений

Рекомендации	Класс пользы	Уровень доказательности
Здоровые взрослые всех возрастов должны тратить 2,5-5 часов в неделю на обычную физическую активность или аэробную тренировку умеренной интенсивности или 1-2,5 часа в неделю на более интенсивные физические упражнения. Настоятельно рекомендовать лицам с сидячим образом жизни начать выполнение программ физических упражнений лёгкой интенсивности	I	A
Физическая активность/аэробные нагрузки должны выполняться в несколько подходов, каждый продолжительностью не менее 10 минут, и равномерно распределяться на всю неделю, то есть на 4-5 дней в неделю	IIa	A
Пациенты с перенесённым инфарктом миокарда, АКШ, ЧКВ, со стабильной стенокардией или стабильной ХСН должны пройти аэробные тренировки от умеренной до энергичной интенсивности с выполнением упражнений 3 раза в неделю по 30 минут за сеанс. Настоятельно рекомендовать лицам с сидячим образом жизни начать выполнение программ физических упражнений лёгкой интенсивности после адекватной оценки рисков и переносимости физических нагрузок	I	A

Интенсивность.

Физическая нагрузка должна проходить в режиме, соответствующем аэробной нагрузке, которая расценивается как оптимальная физическая активность.

Для этого по формуле рассчитывается допустимая частота сердечных сокращений при физической нагрузке, которая должна быть не более 60-75% от максимальной.

Максимальная физическая нагрузка рассчитывается по формуле:

220 уд/мин – возраст.

Соответственно, формула для определения оптимальной физической нагрузки:

1. (220 – возраст) x 0,6 = А (минимальный показатель ЧСС для оптимальной нагрузки)

2. (220 – возраст) x 0,75 = Б (максимальный показатель ЧСС для оптимальной нагрузки)

Интервал А-Б и является допустимой нормой ЧСС при оптимальной (аэробной) нагрузке.

К примеру, человек в возрасте 40 лет может позволить себе следующий режим физических нагрузок:

(220 – 40) x 0,6 = 108 уд/мин и (220 – 40) x 0,75 = 135 уд/мин

Оптимальная аэробная физическая нагрузка: ЧСС должна находиться в пределах 108-135 уд/мин во время занятий.

Теперь о степени интенсивности физической нагрузки: интенсивность физических нагрузок определяется количеством энергии, затрачиваемой на их выполнение. Рассчитаны энергетические затраты при различных видах деятельности и определены интервалы интенсивности физических нагрузок.

Лёгкая физическая нагрузка соответствует затратам энергии менее 14,7 кДж/мин. Умеренная – 14,7–29,4 кДж/мин. Интенсивная – свыше 29,4 кДж/мин.

Если связать эти показатели с процентными показателями ЧСС от максимальной возрастной нормы, получаем:

– физические упражнения, при которых достигается ЧСС менее 55% от максимальной возрастной нормы – физическая активность лёгкой интенсивности с энергетическими затратами менее 14,7 кДж/мин.;

– физическая активность, при которой достигается ЧСС от 55 до 70% от максимальной возрастной нормы – умеренная физическая активность с затратами энергии от 14,7 кДж/мин до 29,4 кДж/мин.;

– физическая активность, при которой достигается ЧСС от 70 до 85% от максимальной возрастной нормы – интенсивная физическая активность с затратами энергии свыше 29,4 кДж/мин.

Для более конкретных рекомендаций видов физической активности в помощь семейному врачу приводим таблицу 3.

Продолжительность.

В современных условиях для поддержания суточного баланса энергии человеку необходимо в среднем сжигать дополнительно 630 кДж ежедневно.

При умеренной организованной физической активности на сжигание 630 кДж требуется около 37 минут. При интенсивной физической нагрузке на это потребуется 15 минут.

Соответственно, семейный врач, рекомендуя увеличение физической активности, обязательно акцентирует внимание пациента на интенсивности и необходимой длительности физических упражнений, а также регулярности таких занятий.

Имеется ещё один простой критерий определения оптимальности/безопасности физической нагрузки для «данного пациента» – если во время физических упражнений возникает одышка, затрудняется речь, эти симптомы свидетельствуют в пользу того, что достигнут максимальный уровень потребления кислорода, и такая нагрузка является высокоинтенсивной для данного пациента в данный период. При регулярных занятиях тренированность сердечно-сосудистой системы возрастает и интенсивность занятий может быть увеличена.

Необходимо учитывать, что в возрасте 40 лет и старше даже при отсутствии клинических симптомов заболевания рекомендовано провести обследование пациента перед тем, как рекомендовать увеличение физической активности.

Пациентам с ССЗ физическая нагрузка подбирается врачом индивидуально.

Рекомендации для начинающих заниматься ФА.

1. Начинать медленно и постепенно.

2. Наиболее подходящий уровень – умеренная ФА.

3. Постепенно наращивать длительность занятий, добавляя несколько минут в день, до тех пор, пока не будет достигнут рекомендуемый минимум ФА.

4. Когда минимальный уровень ФА будет достигнут и станет привычным, постепенно наращивать длительность занятий или интенсивность, или и то и другое.

(Окончание следует.)

На IX ежегодном Всероссийском конгрессе по инфекционным болезням с международным участием, который прошёл в Москве, на секции по природно-очаговым инфекциям председательствовал заведующий кафедрой инфекционных болезней им. Г.П.Руднева Дагестанского государственного медицинского университета, профессор, заслуженный врач России и Республики Дагестан, лауреат премии Правительства РФ Джалалутдин Ахмедов. Он – один из известных инфекционистов нашей страны, ещё недавно возглавлявший ДГМУ.

Звучало много интересных докладов, представлялся драгоценный опыт...

О том, как развивалась инфектология в Дагестане, – беседа обозревателя «МГ» Алексея ПАПЫРИНА с Джалалутдином АХМЕДОВЫМ.

– Джалалутдин Расулович, вы возглавляете кафедру, которую можно назвать одной из первых...

– Действительно, в 1932 г. был открыт Дагестанский государственный медицинский институт, преобразованный в последующем в академию, а позднее – в университет. Возглавить его и кафедры впервые были приглашены ведущие профессора и доценты со всей страны. Среди приглашённых были профессора И.Пикуль, Г.Руднев, А.Подварко, доцент Е.Шимановская и другие. Мы гордимся, что нашу кафедру создал Георгий Руднев – в то время молодой доцент кафедры инфекционных болезней Ростовского медицинского института, а впоследствии – выдающийся учёный, академик АМН СССР, заслуженный деятель науки РСФСР, прекрасный врач, педагог, воспитатель. Он приехал в Дагестан в 1933 г. и организовал кафедру пропедевтики внутренних болезней, а через 3 года и кафедру инфекционных болезней и эпидемиологии. Пройдёт время, и Г.Руднев защитит в Ростове-на-Дону докторскую диссертацию и вернётся для продолжения работы в Ростовский медицинский институт.

Академик Руднев по праву является одним из создателей советско-российской школы инфекционистов, общепризнанным основоположником эволюционной инфекционной патологии. Огромную роль в борьбе с инфекционными заболеваниями он сыграл в годы Великой Отечественной войны, будучи консультантом-инфекционистом Главного военно-санитарного управления Советской армии.

Мы ценим, что под руководством Георгия Павловича проводилась большая экспедиционная работа по изучению краевой патологии Дагестана. Проведённые наблюдения позволили накопить ценнейшие материалы по эпидемиологии и клинике ряда инфекционных болезней, встречающихся в горных условиях. После отъезда Руднева кафедру возглавлял профессор В.Бажовский, являвшийся в то время и заведующим кафе-

друю пропедевтики внутренних болезней. Мы ценим, что под руководством Георгия Павловича проводилась большая экспедиционная работа по изучению краевой патологии Дагестана. Проведённые наблюдения позволили накопить ценнейшие материалы по эпидемиологии и клинике ряда инфекционных болезней, встречающихся в горных условиях. После отъезда Руднева кафедру возглавлял профессор В.Бажовский, являвшийся в то время и заведующим кафе-

друю пропедевтики внутренних болезней (совместную с органами практического здравоохранения) работу по снижению инфекционной заболеваемости в республике. Сотрудники кафедры постоянно консультируют больных, выезжая при поступлении вызова по санавиации в города и районы, проводят кустовые семинары и читают лекции на актуальные темы по инфекционной патологии. Наша научно-исследовательская работа на кафедре инфекционных болезней

регионов принять участие в этом интересном мероприятии.
– У инфекционистов есть термин «особо опасные инфекции». Но сегодня бытует мнение, что практически любые из них поддаются лечению, так ли это?

– Каждый год свой вклад в смертность населения страны вносят инфекционные болезни, хотя многие из них могут быть излечимы, если лечение начинается вовремя, на ранних стадиях.

С 1958 по 1993 г. заболеваемость дифтерией в Советском Союзе снизилась в сотни раз! В результате выросли поколения людей, которые не переболели дифтерией. Большинство молодых врачей никогда не видели больных дифтерией. И в этой ситуации было ослаблено внимание к вакцинации. Мол, зачем вакцинироваться, если люди не болеют? И каков результат? С 1993 по 1996 г. заболеваемость дифтерией резко возросла.

Наши интервью

Высокое искусство преподавания

Исполняется 80 лет кафедре инфекционных болезней им. Г.П.Руднева Дагестанского государственного медицинского университета

дрой пропедевтики внутренних болезней.

С 1939 г. заведующим кафедрой инфекционных болезней был избран доцент А.Подварко. По отзывам современников, он был высокоэрудированным человеком, прекрасным педагогом и клиницистом, много труда вложившим в совершенствование педагогического процесса, ведущим большую общественную работу. После его ухода заведующей кафедрой была назначена М.Исаева, отличный клиницист и педагог, большой труженик, требовательный к себе и окружающим. В 1965 г. заведующей кафедрой инфекционных болезней ДГМИ была избрана профессор Ф.Аликберова, вложившая много сил и энергии в борьбу с бруцеллёзом в республике, в частности организовавшая Республиканскую бруцеллёзную больницу. Позже кафедрой заведовал профессор Ю.Шамов, ученик академика Руднева, имеющий большой опыт в научной и педагогической деятельности, пользующийся заслуженным авторитетом и уважением. И с 1995 г. по настоящее время кафедру возглавляет ваш собеседник, старейший продолжитель славные традиции, заложенные основателем кафедры академиком Рудневым и его учениками.

– Какие задачи сегодня стоят перед коллективом кафедры?

– Наша кафедра проводит большую учебно-методическую, научно-исследовательскую, ле-

проводится на тему: клиничко-патогенетические особенности краевой инфекционной патологии.

– Как вы оцениваете её результаты?

– Высоко. Уверен, это не завышенная оценка. На кафедре защищено 12 диссертаций на соискание учёной степени кандидата медицинских наук. Сегодня выполняются 5 кандидатских и 2 докторские диссертации. Большое внимание мы уделяем изобретательской и рационализаторской деятельности, наши сотрудники являются авторами 4 изобретений, более 20 рационализаторских предположений.

При поддержке ректора ДГМУ профессор С.Маммаева мы ежегодно проводим республиканские и всероссийские научно-практические конференции с международным участием. 27 октября у нас состоится особое событие – 22-я научно-практическая конференция «Актуальные вопросы инфекционных болезней в клинике и эксперименте», посвящённая 85-летию основания ДГМУ, 80-летию кафедры инфекционных болезней им. Г.П.Руднева. Приглашаем коллег из других



Особенность инфекционных болезней заключается в том, что они склонны к эпидемиологическому распространению внутри человеческого коллектива. Давайте вспомним любимого персонажа наших детей – кота Матроскина. В мультфильме он говорит: «С ума сходят поодиночке, а вот гриппом болеют все вместе». Да, медицинские службы научились чутко следить за внешней средой, контролировать развитие управляемых инфекций. Но они по-прежнему не могут предсказать развитие больших вспышек, даже эпидемий. И дело здесь в том, что инфекции, как женщины, не терпят «прохладного» к себе отношения. Стоит начать забывать об их существовании, они обязательно себя проявят.

Это хорошо прослеживается на примере кори. Ещё десятилетие назад было объявлено: данное инфекционное заболевание вскоре будет ликвидировано. Но это заблуждение. Отдельные случаи регистрируются до сих пор. Другой пример. В 1958 г. наши предшественники ликвидировали ветряную оспу. По примеру Советского Союза весь мир принял расширенные программы вакцинации. В тот период кому-то казалось, что к 2000 г. исчезнут многие инфекционные заболевания. И вроде бы для подобных утверждений имелись достаточные основания.

– Какие инфекции больше всего «атакуют» жителей Республики Дагестан?

– Для Северного Кавказа, и особенно республик, где преобладает животноводческая отрасль сельского хозяйства, серьёзной проблемой остаётся бруцеллёз. Именно эта инфекция занимает непочётное первое место, от 10 до 40 раз в разные годы превышая количество других зарегистрированных заболеваний. Сотрудники кафедры не только принимают самое активное участие в диагностике и лечении этой патологии, в том числе и в сельских районах, но и ведут большую научную работу по повышению эффективности лечения. Из 5 кандидатских диссертаций, которые готовятся ежегодно, в трёх случаях темой выбирается именно бруцеллёз.

Из-за низкого качества питьевой воды актуальным остаётся вопрос лечения шигеллёзов, гепатитов. Как известно, недавно в Дагестане произошла крупная вспышка – более 1000 человек заболели острыми кишечными инфекциями. Всем им была предоставлена квалифицированная медицинская помощь. Но без улучшения ситуации с водоснабжением такие вспышки могут повторяться.

– На ваш взгляд, инфекционная заболеваемость в Дагестане не изменится в ближайшие годы?

– Надо заниматься профилактикой и развивать инфекционную службу. Когда объявляется новая инфекция, то в диагностике и лечении больных участвуют врачи разных специальностей. Но главную скрипку всё-таки должны играть инфекционисты. Поэтому многое зависит, какой будет инфекционная служба в ближайшие годы.

Выскажу необычную мысль, инфекция испокон веков объединяла людей на борьбу с недугом. Хочу обратить внимание, что при лечении хронических заболеваний никто не скажет – «бороться», а вот когда дело касается инфекции, принято говорить именно так. И это символично. Если проблеме инфекционных болезней будет уделяться должное внимание, то заболеваемость будет снижаться.

ИЗ ДОСЬЕ «МГ»

Профессор Джалалутдин Ахмедов родился 20 июля 1947 г. в селе Боташ-юрт Хасавюртовского района ДАССР. В 1970 г. окончил лечебный факультет Дагестанского государственного медицинского института. Его путь в инфектологию начался с должности заведующего кабинетом инфекционных заболеваний центральной районной больницы Буйнакска, затем он стал заведующим инфекционным отделением, а позже – аспирантом Ленинградского санитарно-гигиенического медицинского института. В 1984 г. защитил диссертацию на соискание учёной степени кандидата медицинских наук в Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова. В 1991-1994 гг. – докторант кафедры инфекционных болезней Московского государственного стоматологического института им. Н.А.Семашко. В 1994 г. защитил диссер-

тацию на соискание учёной степени доктора медицинских наук.

Под его руководством защищено 12 кандидатских диссертаций. Он является автором 441 научной работы, 36 учебных пособий, 5 монографий. Джалалутдин Ахмедов организовал и провёл более 20 всероссийских и республиканских научно-практических конференций по актуальным вопросам инфекционных болезней.

Джалалутдин Расулович имеет троих детей. Они уже влились в династию врачей Ахмедовых. Дочь Зарият – кандидат медицинских наук, доцент кафедры глазных болезней ДГМУ. Младшая Мадина – доктор медицинских наук, доцент кафедры госпитальной терапии ДГМУ. Сын Гаджи – доктор медицинских наук, профессор кафедры хирургической стоматологии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова.

Что делают сегодня крымские врачи для поднятия здравоохранения региона на новый уровень и сохранения авторитета крымского курорта? Эту проблему недавно в Евпатории обсуждали ведущие специалисты-неврологи различных регионов России.

Дорожить традициями

Идейным вдохновителем XIV Республиканской научно-практической конференции «Глауровские чтения», которая была посвящена актуальным вопросам медицинской реабилитации неврологических больных в Республике Крым, была, как обычно, Лариса Корсунская – профессор, доктор медицинских наук, заведующая кафедрой нервных болезней и нейрохирургии Медицинской академии им. С.И.Георгиевского Крымского федерального университета им. В.И.Вернадского, главный невролог Минздрава Республики Крым, которая многие годы сохраняет традиции крымской неврологической школы, заложенной профессором А.Глауровым. На этот раз она объединила тех, кто по праву считает себя непосредственными учениками Александра Георгиевича – а это неврологи всего Крыма, которые помнят его уникальные лекции и по сей день, и тех, кто прибыл на днюх в Евпаторию из разных городов России.

Кстати, Евпатория стала местом проведения «Глауровских чтений» не впервые и не случайно. Целебные силы евпаторийского курорта – щедрое солнце, песчаные пляжи, тёплое море, чудодейственные грязи и рапа солёных озёр – вернули к полноценной жизни тысячи людей. Хотя правильнее было бы, наверное, сначала называть врачей, которые сумели сделать так, что эти природные факторы стали их надёжными помощниками в лечении сложнейших болезней, таких как детский церебральный паралич, другие заболевания нервной системы и опорно-двигательного аппарата.

Новая точка отсчёта

В октябре прошлого года в Ялте на межрегиональном форуме Общероссийского общественного движения «Народный фронт «За Россию» из уст Президента РФ В.Путина прозвучали слова, которые стали новой точкой отсчёта для крымских курортов. Он сказал следующее: «В Крыму необходимо создать 1-2 базы для реабилитации людей с поражением опорно-двигательного аппарата». Глава государства также говорил о необходимости скорейшего строительства на полуострове лечебных учреждений. В связи с этим заместителю председателя Правительства РФ Д.Козаку, министерствам здравоохранения, экономического развития, финансов, труда России совместно с органами исполни-

тельной власти Республики Крым были даны задания по обеспечению выполнения этих поручений.

Евпатория – всероссийская детская здравница

Евпаторийский курорт также стоит на пороге больших перемен. Он готовится получить статус всероссийской детской здрав-

и возможность круглогодичного проведения санаторно-курортного лечения и медицинской реабилитации, она проиллюстрировала научно обоснованную высокую эффективность восстановительной терапии детей с хроническими заболеваниями, последствиями черепно-мозговых и скелетных травм, других заболеваний центральной и периферической

грамотно организованная реабилитация для человека, перенёвшего ту или иную операцию или заболевание, ведущее к инвалидности. И как обидно бывает, когда операция или лечение прошли успешно, а пациент остался инвалидом, потому что общество оставило его один на один со своей проблемой. Как правильно организовать восстановитель-

то, чтобы быть прикованными к инвалидной коляске, становились на ноги и добивались успехов в спорте, учёбе, создавали прочные семьи. Сотрудники здравницы часто вспоминают Константина Форманюка и Марину Денегу из Хмельницкого. Костя в течение многих лет приезжал в Евпаторию и проходил лечение на базе этого санатория. Мало кто верил, что этот мальчик будет ходить, но лечение помогло: он вырос, получил высшее образование и защитил кандидатскую диссертацию, кстати, связанную с историей Евпатории. Марина поступила на философский факультет Лондонского университета. Юрий Стешинский стал в Москве юристом и теперь приезжает в Евпаторию повидаться со своими докторами уже вместе с собственными детьми. Думаю, о таком результате мечтают многие доктора.

Деловые встречи

Используя целебные силы природы

Неврологи о настоящем и будущем крымских курортов



С.Власенко проводит мастер-класс по лечению спастичности

ницы. На его судьбу в значительной мере повлияли решения главы российского государства, касающиеся поэтапной модернизации санаторно-курортных учреждений, специализирующихся на реабилитации инвалидов. В этой связи Минздрав Крыма разработал локальную программу перспективного развития отдельных санаториев. Особое внимание в правительственных документах (поручение заместителя председателя Правительства РФ О.Голодец) уделено также разработке комплекса мер, направленных на развитие потенциала Евпатории по оказанию реабилитационной помощи детям. В частности, об этом говорила в своём выступлении профессор Татьяна Голубова. Подчеркнув особую значимость

нервной, опорно-двигательной систем. Детские здравницы Евпатории готовы сегодня принимать маленьких пациентов не только из Республики Крым, но и других субъектов Российской Федерации.

Проблема всего общества

Конференция, посвящённая проблемам лечения и реабилитации неврологических больных на крымских курортах, была чрезвычайно своевременна и ценна тем, что охватывала самые разные аспекты: от диагностики до дельфинотерапии и создания системы адаптации инвалидов к самостоятельной жизни и получения ими профессии.

Думаю, нет необходимости напоминать, какое значение имеет

ное лечение для людей, которые в этом нуждаются? Что нужно сделать, чтобы не оставить их за бортом жизни? Ответ на этот вопрос дали выступавшие на конференции. Система комплексной медико-социальной и профессиональной реабилитации инвалидов, разработанная в Крыму, заслуживает особого внимания. Люди с ограниченными возможностями лечатся в Крыму месяцами, с ними занимаются инструкторы лечебной физкультуры, пациенты получают профессию.

Золотые медали Анны Пимуткиной

Крымские доктора с гордостью следят за успехами легкоатлетки Анны Пимуткиной из Сургута – чемпионки мира по метанию копья и толканию ядра. В 2015 г. в Голландии Аня выиграла в этих видах спорта две золотые медали на первенстве мира среди людей с ограниченными возможностями, при этом она в очередной раз выполнила норматив мастера спорта, хотя была самой младшей в данной категории. Судьба 17-летней спортсменки могла бы сложиться совсем иначе, если бы не своевременное лечение. Впервые девочку привезли в евпаторийский санаторий, когда ей было 4 года, ходить она не могла. Но благодаря стараниям докторов, инновационным медицинским технологиям, которые пришли на помощь из космической медицины, умелому применению ботулинотерапии, применению эффективных лекарственных препаратов, внедрению современных методов санаторно-курортного лечения результат был отличным.

И это далеко не единичный пример того, как дети, обречённые на

Мастер-класс по лечению спастичности

Следует отметить, что профессионалы своих секретов не скрывают. Так, доктор медицинских наук Сергей Власенко в рамках конференции провёл великолепный мастер-класс по ботулинотерапии, которая помогает в борьбе со спастическими синдромами не только пациентам с детским церебральным параличом, но и постинсультным больным. Кстати, по просьбе коллег он неоднократно выезжал в другие города России, чтобы поделиться своим опытом, – в Анапу, Краснодар, Ростов-на-Дону.

Нужен кластер по вопросам реабилитации

Присоединение Крыма к России значительно изменило здравоохранение полуострова. Мы то и дело узнаём об открытии там центров сосудистой хирургии, они уже появились в Симферополе, Евпатории, Керчи, Севастополе, Ялте, Старом Крыму. Высокотехнологичная помощь стала доступна людям с тяжелейшими неврологическими заболеваниями. Благодаря новому оборудованию диагностика и первая, крайне необходимая медицинская помощь больным с инсультами и инфарктами сократилась до считанных минут. Российское государство выделяет сейчас на лечение (в том числе и на проведение ботулинотерапии) постинсультному больному по 200 тыс. руб. в год. Ещё совсем недавно это могло показаться фантастикой. Но судя по тому, какое внимание уделяется сегодня в Крыму вопросам здравоохранения, это не предел.

Наталья ЮРИНА.

Евпатория.

Фото автора.

Новости

В Омске открыт центр коррекции, развития, сопровождения и реабилитации людей с ограниченными возможностями здоровья.

Символическую красную ленточку на церемонии открытия нового медико-социального учреждения, созданного под эгидой Омской региональной общественной организации инвалидов «Планета друзей», перерезал губернатор Виктор Назаров. Создание центра коррекции, развития, сопровождения и реабилитации при поддержке правительства региона стало реальным примером партнёрства государства и некоммерческой организации с целью обеспечения достойной полноценной жизни людей с инвалидностью.

Просторное помещение под центр площадью 400 м² на Ир-

тышской набережной передано общественной организации «Планета друзей», созданной в 2008 г. родителями детей с синдромом Дауна, на безвозмездной основе. Кроме того, за 2 последних года организации выделено более 2 млн руб. субсидий на возмещение затрат. В новом доме «Планеты друзей» – уютные залы и кабинеты для занятий, трудовые мастерские (столярная, гончарная, швейная и др.), актовый зал, медицинский кабинет и комната для массажа.

Ежемесячно центр смогут посещать около 200 детей, а также инвалиды старше 18 лет. Помимо занятий лечебной физкультурой и сеансов массажа они смогут за-

ниматься музыкотерапией, живописью и рисованием, игровой терапией, театральным творчеством. С открытием центра уже созданы 3 рабочих места для людей с инвалидностью и мам, воспитывающих детей-инвалидов. В перспективе намечено создание новых рабочих мест. На базе центра также будет открыт кабинет «Движение и терапия» для коррекции детей с расстройством аутистического спектра.

– Хотел бы поблагодарить тех, кто создаёт такие центры. Я сегодня увидел людей, готовых отдать душу, чтобы здесь было комфортно детям с ограниченными возможностями здоровья. Они должны жить полной

жизнью, общаться, развиваться, становиться востребованными. Это приоритет и власти, и общества, – сказал В.Назаров, осмотрев новые кабинеты и мастерские.

– Следующий наш проект – открытие социальной гостиницы для людей, попавших в трудную жизненную ситуацию, детей из неблагополучных семей. Любому социальный проект, который готовы реализовать общественники, мы будем поддерживать, – сказал губернатор.

Директор Омской региональной общественной организации инвалидов «Планета друзей» Наталья Мишенина в этом году в региональном конкурсе была удостоена зва-

ния «Народный герой». Она искренне поблагодарила главу региона за поддержку в работе, направленную на социальную, психологическую, культурную, творческую адаптацию и реабилитацию детей и взрослых с инвалидностью.

– Не каждый день в жизни общественной организации происходят такие события, – заметила Н.Мишенина. – Мы получили в подарок новое, красивое, большое помещение, о котором 9 лет назад и мечтать не могли.

Николай ВАСИЛЕНКО.

МИА Сито!

Омск.

Новый дом для «Планеты друзей»

В Москве состоялся «круглый стол» «Ответственное самолечение: векторы развития концепции в рамках российской действительности». В дискуссии на актуальную тему участвовали ведущие специалисты в области организации здравоохранения, профилактической медицины, представители фармацевтического сообщества.

В рамках мероприятия исполнительный директор Союза профессиональных фармацевтических организаций Лилия Титова представила результаты всероссийского опроса взрослого населения, в котором приняли участие 1600 респондентов из 137 населённых пунктов 46 регионов страны. В ходе исследования 81% россиян на вопрос «кто в первую очередь несёт ответственность за поддержание вашего здоровья?» дали ответ «я сам». Второй вопрос определял те случаи, при которых человек предпочитает лечиться самостоятельно. Ответы распределились так: при насморке, боли в горле (92%), головной боли (90%), кашле (86%), изжоге (86%), повышенной температуре (76%), нарушении пищеварения в виде запора, диареи, вздутия живота, тяжести в желудке (72%), боли в спине и суставах (55%). При повышенном артериальном давлении, проявлении сыпи, раздражении большинство предпочло бы обратиться к врачу. Далее респондентов спрашивали: «Представьте ситуацию, что вы решили лечиться самостоятельно и необходимо выбрать безрецептурный препарат, который вы ранее не принимали. Каким образом вы будете выбирать лекарство?» Большинство в данной ситуации предпочло бы действовать согласно рекомендации фармацевта в аптеке, остальные – по советам родственников и знакомых, отзывам в интернете, ориентируясь на рекламу, цену и т.д. Целью последнего вопроса было выявить, изучают ли россияне инструкцию при покупке безрецептурных препаратов. Оказалось, что 72% опрошенных изучают, причём подробно, 18% – лишь выборочно, остальные инструкцию не изучают либо затруднились с ответом.

Комментируя эти результаты, первый заместитель директора Центрального НИИ организации и информатизации здравоохранения Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор Юлия Михайлова оценила как

«Круглый стол»

Не нонсенс, а концепция ВОЗ

Подавляющее большинство россиян готовы брать на себя ответственность за состояние своего здоровья



Л.Титова, Ю.Михайлова

положительную тенденцию роста ответственности россиян за своё здоровье. По словам Юлии Васильевны, во времена Советского Союза все опросы показывали, что не менее 90% населения главную ответственность возлагают на медицину. В то же время говорить о реализации концепции ответственного самолечения в России пока не приходится. Тем, кому понятие самолечение представляется нонсенсом, Ю.Михайлова напомнила историю мирового здравоохранения двух последних десятилетий. Именно 20 лет назад ВОЗ разработала вышеозначенную концепцию, предполагающую разумное применение самими пациентами лекарственных средств, находящихся в свободной продаже, для профилактики и лечения лёгких расстройств здоровья до оказания профессиональной врачебной помощи. Разумеется, концепция распространяется только на безрецептурные препараты, к которым относятся лекарственные средства симптоматической терапии, не влияющие на причину возникновения заболевания и механизмы его развития. Без-

рецептурные лекарства должны иметь очень высокий профиль безопасности, подтверждённый в многолетних клинических исследованиях.

Реализация концепции позволила многим странам существенно уменьшить расходы на здравоохранение без ущерба его качеству. К сожалению, в России нет убедительных фармакоэкономических исследований последствий применения безрецептурных препаратов. В то же время в ФРГ их применение только при головной боли ежегодно даёт экономию для бюджета в миллиард евро, о чём сообщила в своём выступлении заведующая кафедрой лекарственного обеспечения и фармакоэкономики Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, доктор фармацевтических наук, профессор Роза Ягудина. В США экономический эффект от безрецептурных средств за счёт уменьшения нагрузки на первичное звено здравоохранения и сокращения диагностических исследований исчисляется в сумму более 100

млрд долл. в год. Каждый доллар, вложенный в безрецептурные лекарства, экономит 6-7 долл.

Ещё совсем недавно в России можно было купить без рецепта почти всю аптечную номенклатуру, но это была порочная практика, а отнюдь не реализация концепции ответственного самолечения. В 1990-е годы тем самым создавалась иллюзия относительного благополучия в здравоохранении: очереди в поликлиниках невелики, медицинского персонала вроде бы хватает. Результатом стало бесконтрольное и нерациональное применение лекарств, что оказалось особенно драматичным в случаях с антибиотиками из-за стремительного развития антибиотикорезистентности. Сегодня мы кинулись в другую крайность. В некоторых регионах рецепт стали требовать даже на валокордин – мгновенно выросли очереди в поликлиниках.

Какие же меры необходимо предпринять для всестороннего внедрения концепции в практику российского здравоохранения? Прежде всего врачебным и фармацевтическим сообществом

должны быть выработаны качественные методические рекомендации. В повышение грамотности пациентов следует вовлекать СМИ, специализированные интернет-ресурсы. На роли последних был сделан особый акцент. По данным Google, 25% всех запросов в интернете касаются здоровья человека, но лишь малая их доля достигает своей цели из-за отсутствия доступной для понимания обычного человека профессиональной информации или низкого её качества. Многие могут сделать центры здоровья и центры медицинской профилактики. В их создание вложены огромные средства, но в плане реализации концепции они сегодня малоэффективны. А на первый план в силу специфики задачи выходят аптечная сеть, фармацевты и провизоры, работники «первого стола». Аптека не должна рассматриваться как торговая точка, чем она в большинстве случаев сегодня является. Аптечных работников следует обучать не столько на бизнес-тренингах по увеличению продаж и повышению средней стоимости чека, сколько на образовательных семинарах по оказанию качественной лекарственной помощи. Правовые основания для этого есть. В соответствии со стандартами Надлежащей аптечной практики фармацевт и провизор не торгуют медикаментами, а отпускают их и консультируют пациентов. В каждом конкретном случае аптечный работник должен объяснить им, когда можно принять лекарство без обращения к врачу, а когда встреча с доктором необходима. Дать информацию о порядке приёма препарата, возможности совмещения с назначенными ранее лекарствами, правилах хранения – всё это тоже обязанность фармацевтического работника. Известно, что в некоторых странах, например в Великобритании, пошли ещё дальше: там фармацевты в определённых случаях имеют право выписывать рецепты. Возможно ли такое у нас? Если только в отдалённой перспективе. Но уже в ближайшем будущем система здравоохранения должна отреагировать на готовность пациента быть ответственным за своё здоровье и реализовать основные положения концепции ответственного самолечения, резюмировали участники «круглого стола».

Тимофей КОЗЛОВ,
корр. «МГ».

Фото автора.

Кстати

То, что доктор прописал

Почти каждый второй пациент (44%) не был у врача в течение года – такие данные получены в ходе исследования, проведённого в 47 городах России в конце 2016 г. В столице цифра оказалась немногим меньше – 36%. Подавляющее большинство из тех, кто всё же прибег к врачебной помощи, обратились в госучреждения (86%), остальные – в частные клиники или к «знакомому врачу».

Об этом сообщил управляющий директор аналитической компании Ipsos Healthcare Олег Фельдман в ходе очередного заседания Российской ассоциации фармацевтического маркетинга. Изменение количества врачей и доступности медицинской помощи меняют и поток назначений. Эксперт привёл данные по Москве. Так, число выписанных рецептов на рецептурные препараты снизилось на 10,7%, на ОТС-препараты – на 1,2%. Введение электронной записи к врачу особенно чувствительно отразилось на пожилых пациентах, которым в силу понятных причин тяжело осуществлять подобные коммуникации.

Тем не менее, несмотря на некоторые негативные тенденции, рынок лекарств продолжает развиваться, число его участников не снижается, меняются только акценты. Как и в прежние годы, одними из наиболее важных источников информации о лекарствах как для врачей, так и для провизоров являются визиты медицинских представителей компаний.

По результатам недавнего исследования Ipsos Healthcare, 51% врачей отметили их в качестве основного источника

информации о лекарственных препаратах. Примечательно, что по этому показателю медицинские представители обошли справочники лекарственных препаратов – 48%, для которых этот показатель практически не растёт в течение последних 5 лет, в то время как важность информации, получаемой от медицинских представителей, в оценке врачей, наоборот, стабильно росла за этот же период.

Среди других отмеченных основных источников информации положительную динамику имеют также интернет (26%) и интернет-конференции/вебинары (13%), что в высокой степени соответствует активному поиску новых каналов доставки информации компаниями-производителями. Медленно, но последовательно растёт также и использование электронной почты как нового канала коммуникации.

– В совокупности эти данные можно интерпретировать как сохранение важности и доминирования «живого» канала коммуникации при последовательном развитии различных электронных (digital) каналов, – прокомментировал эксперт.

Коммуникации фармацевтических компаний с врачами становятся всё более разнообразными, причём личные визиты всё чаще дополняются или замещаются дистанционным общением. Согласно данным Ipsos Healthcare, электронные визиты (по телефону, посредством интернета или Skype) занимают всё большую долю в структуре общих коммуникаций компаний с врачами, сегодня к такой форме общения прибегает каждый третий специалист. Наибольшая доля электронных визитов в общем объёме

коммуникаций отмечена среди эндокринологов (21%) и урологов (15%).

Один из значимых трендов – во врачебных назначениях становится всё больше лекарств, произведённых отечественными компаниями, особенно это заметно в льготном сегменте. Зарубежные игроки постепенно сдают свои позиции, что, по мнению эксперта, связано с большей маркетинговой активностью отечественных фармацевтических компаний, обладающих большей скоростью реакции и оперативностью в принятии управленческих решений.

В ТОП-10 АТС-категорий ЛС, наиболее часто назначаемых врачами, значительная доля принадлежит ОТС-препаратам (назальные ЛП, устраняющие симптомы простуды и кашля, для лечения заболеваний глаз и т.д.). «Продвижение безрецептурных лекарственных препаратов через врачей продолжает играть существенную роль», – отметил О.Фельдман.

Ещё одна тенденция – увеличение выписки лекарственных препаратов по международным непатентованным наименованиям (МНН). Так, если в 2011 г. среди всех выписанных лекарств (в исследовании анализировались назначения по 16 врачебным специальностям) доля МНН составляла 10%, то в конце 2016 г. – уже 19%, и ещё 6% – МНН с рекомендацией. Но это средние цифры. К примеру, 5 лет назад доля выписанных кардиологами лекарств по МНН составляла лишь 7%, а в конце прошлого года – почти 70%.

Ирина СТЕПАНОВА,
корр. «МГ».

Идеи

Учёные из Зальцбургского университета (Австрия) совместно с коллегами из Университета Люксембурга запустили проект, целью которого является изучение связи между настроением и нездоровым пищевым поведением. Данный проект финансируется из средств Австрийского научного фонда.

тов в лабораторных условиях, а также изучила дневники питания, которые участницы вели в приложении для смартфона.

Ведущий исследователь Йенс Блекерт рассказал, что он и его коллеги сфокусировались на употреблении пищи, не связанном с голодом. Он добавил, что они работали над выявлением связей между едой и эмоциями, кото-

на группы по параметру того, как их эмоциональность влияет на пищевое поведение. Всего групп было три – высокоэмоциональные и неэмоциональные едоки, а третья группа была медианной. На первом этапе с помощью приложения для смартфона все женщины, не страдавшие булимией, заполнили дневник питания, сообщая обо всех случаях ненор-

Тренировка силы воли

В ходе эволюции, как известно, человеческое тело прекрасно приспособилось к жизни охотника-собирателя – ещё в те времена, когда достать пищу было затруднительно. Сейчас, когда в любой момент можно перекусить чем-нибудь высококалорийным, сила воли человека постоянно подвергается проверкам на прочность. Ранее учёные уже выявили, что эмоциональное переключение скорее характерно для людей с лишним весом, но как именно эмоции влияют на количество употребляемой пищи, до этого момента известно не было.

Научные сотрудники сравнивали две группы женщин – здоровых и больных булимией. Мужчины в исследовании не участвовали, так как расстройства пищевого поведения гораздо чаще диагностируют у женщин. Чтобы разграничить стандарты сознательного и эмоционального пищевого поведения, команда учёных использовала комбинацию из теорий обучения, эксперимен-

ты выражались в повышенном аппетите.

Большинство женщин заявили, что ели больше обычного, когда чувствовали себя грустными. Гнев или тревога, наоборот, снижали аппетит – это было известно и ранее, исследования показали, что гормон стресса кортизол подавляет чувство голода. Счастье на пищевое поведение не влияло совсем.

Учёные задумались: а что же стоит за желанием поесть в минуты грусти? Скорее всего, объяснил профессор Й.Блекерт, причина в психологических механизмах и приобретённом поведении. Переедание часто связано с эмоциями, и на этом основан один из способов лечения пищевых расстройств – врачи анализируют ситуации, в которых пациент переедает, и предлагают более здоровые пути самовознаграждения, например заменить еду приятным общением.

Специалисты провели эксперимент, для которого сперва разделили здоровых участниц

мального пищевого поведения или ситуациях, когда эмоциональный фон был чересчур насыщенным. Таким образом произошло распределение по группам.

Затем всех участниц попросили вспомнить негативные эпизоды прошедшей недели – в основном это были социальные контакты, например споры с молодым человеком как вживую, так и в режиме онлайн. После этого им показали изображения различных блюд для быстрого перекуса и записали с помощью электроэнцефалографии, какие регионы мозга активизировались в этот момент.

Обычно снимки еды «включают» области мозга, ответственные за награду, или зрительную кору. В случае пищевого поведения, спровоцированного эмоциями, активными были лобные доли. Возможно, в будущем на основе этих выводов будет разработана новая терапия.

Алина КРАУЗЕ.

По информации Medical Xpress.

А как у них?

Нездоровые привычки

Британский фонд по борьбе с сердечными заболеваниями недавно сообщил, что более 20 млн британцев ведут сидячий образ жизни, причём среди женщин физически неактивных людей больше (11,8 млн), чем среди мужчин (8,3 млн).

Согласно рекомендациям британских специалистов, человеку в возрасте от 19 до 64 лет необходимо заниматься спортом хотя бы 150 минут в неделю (при тренировках средней интенсивности), а также минимум 2 раза в неделю – силовыми тренировками.

В среднем мужчина в Великобритании проводит в сидячем положении 78 дней в году, а женщина – 74. Более миллиона человек в одной только Великобритании ежегодно заболевают какой-либо болезнью, связанной с работой, и в результате экономика страны теряет более 13 млрд фунтов из-за пропущенных 27 млн рабочих дней. В других странах сидячий образ жизни также стал проблемой для многих людей (и в конечном итоге для их работодателей), которые большую часть своего активного времени проводят на работе или в дороге и у которых далеко не всегда есть время на спорт.

Недостаток физической активности может приводить к развитию многих заболеваний, в частности – сердечно-сосудистой системы. Примечательно, что не так давно в США было проведено любопытное исследование, в ходе которого заокеанские учёные выяснили, что в группе риска

находятся многие офисные работники, так как они проводят в сидячем положении по 10 часов в день – или за компьютером, или за рулём.

Многие компании, что характерно, предоставляют своим сотрудникам возможность заниматься спортом на рабочем месте. Например, в компании, которая предлагает платформы для социальных сетей, оборудован собственный фитнес-зал, а также проводятся занятия йогой. В организации работают более 700 человек, и всех их поощряют заниматься спортом до, во время и после работы. Райан Холмс, генеральный директор данной компании, заявил, что без спорта в течение дня он не смог бы создать собственную успешную компанию, так как упражнения помогали ему «сохранить самообладание и концентрацию в середине хаоса».

В Бристольском университете (Великобритания) специалисты провели исследование, которое показало, что работники, имеющие возможность заниматься спортом в офисе, более «продуктивны, эффективны, счастливы и спокойны». Физическая активность заряжала людей энергией, помогала им концентрироваться на работе и лучше решать проблемы. В Японии об этом знают уже давно – и с 2010 г. в государственных компаниях снова сделали обязательными «физкультминутки».

Ещё одна нездоровая привычка, которой часто грешат офисные работники, – это приносить в офис сладости. Профессор Нигель Хант из Королевского

хирургического колледжа (Великобритания) заявил, что это ведёт к ожирению и проблемам с зубами, добавив, что многие люди основное количество сахара употребляют на работе. Врач предлагает заменить торты и печенье более здоровыми перекусами – орехами, фруктами или сыром. Учёные также рекомендуют проводить больше времени в стоячем положении. По словам специалистов, если целый год 5 дней в неделю стоять по 3 часа в день, это эквивалентно 10 марафонским дистанциям.

Год назад британские исследователи сообщили о том, что на планете критически увеличилось количество людей, страдающих ожирением. Во многих случаях оно вызвано недостатком физической активности и неправильным питанием. Ещё в 2014 г. тучных людей насчитывалось более 640 млн (в 1975 г. это число было меньше более чем в 6 раз – 105 млн).

При этом в России полных людей стало столько же, сколько в США. Министерство здравоохранения РФ в начале нынешнего года представило «Межведомственную стратегию формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний на период до 2025 г.», в рамках которой планируется пропагандировать здоровый образ жизни, в частности запретить рекламу фаст-фуда и обеспечить население возможностью заниматься спортом.

Герман АКОДИС.

По сообщению ВВС.

Сообщение о проведении годового общего собрания акционеров ЗАО «Московская фармацевтическая фабрика»
Место нахождения акционерного общества: г. Москва, Фармацевтический проезд, д. 1.
Собрание состоится 17 мая 2017 г. в 10:00.
Годовое общее собрание акционеров проводится в форме совместного присутствия акционеров.
Место проведения годового общего собрания акционеров: г. Москва, Фармацевтический проезд, д. 1 (зал заседаний).
Время начала регистрации участников собрания: 9:00.
Список лиц, имеющих право на участие в годовом общем собрании акционеров, составлен на основании данных реестра акционеров общества по состоянию на 18 апреля 2017 г.

Повестка дня годового общего собрания акционеров
1. Утверждение годового отчёта за 2016 г.
2. Утверждение годовой бухгалтерской отчётности, в том числе отчётов о прибылях и убытках общества, а также распределение прибыли, в том числе выплаты (объявления) дивидендов по результатам 2016 г., а также выплаты вознаграждений членам совета директоров, связанных с выполнением ими своих обязанностей, выплаты вознаграждений членам ревизионной комиссии, связанных с выполнением ими своих обязанностей.
3. Избрание членов совета директоров общества.
4. Избрание ревизионной комиссии общества.
5. Утверждение аудитора общества на 2017 г.

С информацией (материалами), подлежащей предоставлению лицам, имеющим право на участие в общем собрании акционеров, при подготовке к проведению годового общего собрания акционеров, можно ознакомиться с 27 апреля 2017 г. в помещении ЗАО «Московская фармацевтическая фабрика» по адресу: г. Москва, Фармацевтический проезд, д. 1 (в рабочие дни с 12:00 до 17:00).
Акционеру необходимо иметь при себе паспорт или иной документ, удостоверяющий личность, а для представителя акционера – также доверенность на право участия в годовом общем собрании акционеров.

Совет директоров ЗАО «Московская фармацевтическая фабрика».

ФГБУ «МНИИ ГБ им. Гельмгольца» Минздрава России
объявляет конкурс на замещение вакантных должностей:
– начальника отдела иммунологии и вирусологии
– старшего научного сотрудника отдела травматологии и реконструктивной хирургии
– старшего научного сотрудника лаборатории бинокулярной и глазодвигательной патологии
– научного сотрудника лаборатории офтальмоэргономики и оптометрии.
К конкурсу приглашаются лица, проживающие в Москве и Московской области.
Наш адрес: **105062 Москва, ул. Садовая-Черногрозская, 14/19.**

Выводы

О пользе чая

Общеизвестно, что чай благодаря высокому содержанию антиоксидантов снижает риск развития диабета, сердечно-сосудистых заболеваний и рака. На этом его достоинства не заканчиваются. Исследователи обнаружили, что регулярное потребление чая может более чем вдвое сократить риск когнитивных расстройств для пожилых людей, особенно для тех, кто генетически предрасположен к болезни Альцгеймера.

К таким выводам пришла группа исследователей из отделения психологической медицины Школы медицины Yong Loo Lin Национального университета Сингапура во главе с Фэнм Лэйем.

В период с 2003 по 2005 г. учёные исследовали 957 китайцев в возрасте 55 лет и старше, в частности проверяли, сколько чая они пьют, как часто и какие виды. Далее учёные каждые 2 года вплоть до 2010 г. исследовали участников проекта. В результате только у 72 человек выявлены случаи нейрокогнитивных расстройств. Установлено, что у тех, кто регулярно пил чай, риск развития когнитивных нарушений ниже на 50%.

Более того, среди взрослых, которые обладают геном e4 APOE, отвечающим за развитие болезни Альцгеймера, у любителей чая риск развития когнитивных нарушений на 86% ниже, чем у людей, редко употребляющих этот напиток. Снижение риска когнитивных нарушений было замечено при употреблении зелёного и чёрного чая, а также улуна.

Содержащиеся в чае вещества, например теафлавины, катехины, чайные рубигин и L-теанин, обладают антиоксидантным, противовоспалительным и другими свойствами, которые могут защитить мозг от повреждения сосудов и нейродегенерации, объясняет Лэй. Чай является одним из наиболее широко потребляемых напитков в мире. Исследование показывает, что такая простая и недорогая мера, как ежедневное чаепитие, может уменьшить риск развития нейрокогнитивных расстройств в старости, заключает учёный.

По данным ВОЗ, в мире около 47,5 млн людей страдают деменцией, и эта цифра растёт ежегодно на 7,7 млн. По некоторым оценкам, число таких людей в мире к 2050 г. достигнет 135,5 млн.

Борис БЕРКУТ.

По информации Nutrition.

Однако

Увлечение морепродуктами с каждым годом становится всё более опасным для здоровья. И дело не в крабах и креветках, а в пластике, который в виде мусора плавает по океанам и в огромном количестве пожирается обитателями морей. Как выяснили учёные Университета Гента (Бельгия), гурманы, предпочитающие морские деликатесы, ежегодно глотают до 11 тыс. крошечных кусочков пластика.

Пластик для гурманов

Разумеется, 99% морского мусора удаляется из организма, однако десятки пластиковых частиц оседают в тканях человека. По мнению учёных, микропластики пластика, накапливаясь в организме, с течением времени могут стать причиной многих заболеваний.

К сожалению, никаких обнадеживающих прогнозов учёные не делают. Количество пластика будет увеличиваться, океаны – ещё более загрязняться, наше тело – накапливать пластиковые отходы, и это вызывает у врачей серьёзную тревогу. Как поясняют специалисты, кусочки пластика, инкапсулируясь в тканях, вызывают воспаления, которые потом превращаются в новообразования. Кроме того, выщелачивание

пластмасс может вызывать общую интоксикацию организма.

Если нынешние тенденции сохранятся, сообщают эксперты, то к концу века люди, регулярно потребляющие морепродукты, будут глотать 780 тыс. кусочков пластика в год, 4 тыс. из которых останутся в организме.

Согласно отчёту Всемирного экономического форума, в мировом океане плавает свыше 150 млн т (или более 5 трлн) кусочков пластика. Примерно 8 млн т пластика выбрасывают в океан каждый год, то есть каждую минуту выкидывается столько мусора, сколько помещается в одном грузовике. Если ничего не изменится, то к 2025 г. на 3 т рыбы придётся 1 т пластика, а к 2050 г. скорость загрязне-

ния океана пластиком достигнет 4 грузовиков в минуту.

Пластика станет больше, чем рыбы, и он вытеснит её из природной среды обитания. Потребуется десятилетия и даже столетия, чтобы раздробить выкинутые пластиковые

бутылки, пакеты и коробки на микропластики, но, в отличие от дерева или бумаги, сам по себе пластик никогда не исчезнет. То есть, по словам руководителя исследования доктора Колина Яннесена, новые поколения получают от предков океаны гнилой пластмассы. В то же время мидии фильтруют около 20 л загрязнённой микропластиком морской воды в сутки, задерживая пластик вместе с пищей. Большинство из его кусочков выводится из организма, но в среднем в каждой из мидий содержится один пластиковый фрагмент.

Так что проблема чистоты океанов оказалась не просто головной болью экологов, а конкретной проблемой здоровья каждого человека, конечно, если он любит мидии и креветки.

Гипотезы

Тревожные сны

В Университете штата Вашингтон (США) научные сотрудники обнаружили ген, который отвечает за качество сна как минимум у трёх видов млекопитающих, в том числе человека. Изучение этого гена и его функций поможет учёным продвинуться на пути понимания того, как работает сон и почему животным он настолько необходим.

Джейсон Герстнер, ведущий автор научной работы, пояснил, что важность сна не вызывает сомнений, однако до сих пор не существует научного объяснения тому, что такое сон. К этому объяснению учёных может приблизить понимание того, как регулируется сон и какие общие процессы для него характерны.

Ещё во время докторантуры в Университете Висконсина (США) Дж. Герстнер изучал изменения экспрессии генов в цикле засыпания и пробуждения. Он выявил, что в течение дня в мозгу мышей менялась экспрессия гена FABP7. Докторант и его коллеги предполо-

жили, что этот ген влияет на нормальный сон у млекопитающих.

Чтобы проверить, справедливо ли это для людей, учёные воспользовались данными 7-дневного исследования сна, проведённого с участием почти 300 мужчин из Японии. В ходе этой работы у мужчин брали также анализ ДНК. Доктор Герстнер и другие научные сотрудники исследовали информацию об этих анализах и нашли подтверждение своей гипотезы: ген FABP7 был повреждён у 29 участников, и сон у них был такой же прерывистый, как и у мышей. Несмотря на то, что время сна у них было такое же, как у всех остальных, просыпались они чаще.

Затем исследователи проверили гипотезу на трансгенных дрозофилах. Специалисты поместили нормальные и повреждённые человеческие гены FABP7 в астроциты мушек. С помощью специального устройства учёные проследили за сном дрозофил и выяснили, что те из них, кому «досталась» повреждённая версия гена, также просыпались чаще остальных.

Таким образом, резюмировал ведущий автор работы, механизмы, регулирующие сон, совпадали у всех трёх видов, а поскольку дрозофилы существуют на планете уже более 60 млн лет, то, подчеркнул Джейсон Герстнер, его группе удалось найти достаточно древний механизм, сохранившийся в процессе эволюции.

Ещё одним фактором, влияющим на качество сна, оказался возраст. Сотрудники Калифорнийского университета рассказали, что по мере старения люди начинают хуже спать и чаще просыпаться, теряют способность к глубокому восстанавливающему сну. Когда мозг стареет, те его области, которые отвечают за сон, понемногу деградируют, итогом чего является снижение количества эпизодов «медленного сна», а значит, страдает и когнитивная функция.

Исследователи измерили концентрацию биомаркёров депривации сна у пожилых людей и обнаружили, что она очень высока. Ключевые нервные последовательности, которые обычно активны в мозгу спящего, были нарушены. Мало того, изменения начинались достаточно рано – в возрасте около 35 лет.

Мнения

Исследователи из австралийского Университета Нового Южного Уэльса нашли способ сделать процедуру экстракорпорального оплодотворения более дешёвой и эффективной. Уильям Леджер, один из членов исследовательской группы, считает, что применение новой методики поможет снизить стоимость ЭКО почти в 2 раза.

Известно, что женщины должны проходить гормональную стимуляцию, что вызывает созревание яйцеклеток. Эти инъекции довольно дороги, а кроме того вызывают неприятные ощущения у женщин. От них можно отказаться – для этого у женщин берут незрелые яйцеклетки, которые культивируются в лабораторных условиях до созревания. Пока, впрочем, такая процедура не слишком эффективна – во всём мире за последний год на свет появилось около 400 младенцев, рождённых в

ЭКО: дешевле и эффективнее

результате использования такого подхода.

Австралийские учёные нашли способ вдвое увеличить эффективность созревания яйцеклеток in vitro. Они предложили использовать во время культивации кумулин – димерный белок, сочетающий в себе свойства сразу двух факторов роста, необходимых для созревания яйцеклеток. Действие кумулина успешно протестировано на свиньях и человеческих яйцеклетках. Правда, женщины оплодотворённые яйцеклетки, которые созревали таким образом, пока не подсаживали, но исследователи надеются, что приступят к таким экспериментам уже в следующем году.

Впрочем, пока испытания на людях не начаты, учёным предстоит продемонстрировать безопасность такого метода – необходимо доказать, что получаемые таким образом эмбрионы абсолютно нормальны и факторы роста никак не влияют на экспрессию генов в них.

Введение этой процедуры в эмбриологическую практику может сделать ЭКО ещё более доступным. Во-первых, стоимость процедуры существенно уменьшится, а во-вторых, оплодотворённый эмбрион можно будет получить всего за 5 дней (сейчас от стимуляции до получения эмбриона, готового к подсадке, проходит около месяца).

Ракурс

Лечебная игра

Простота видеоигры «Тетрис» и полное погружение в неё оказывает на людей, получивших травмы, терапевтический эффект, утверждают учёные.

Профессор Каролинского института в Швеции, психолог Эмили Холмс провела в отделении неотложной помощи одной из британских больниц исследование на тему предотвращения навязчивых воспоминаний после травмы с помощью краткого вмешательства с применением «Тетриса».

Рецидивирующие навязчивые зрительные воспоминания после психологической травмы вызывают беспокойство и могут быть разрушительными, отмечает профессор. Э. Холмс вместе с группой учёных предлагала пациентам больницы, испытавшим шок в результате авткатастрофы, зрительно представить только что пережитую аварию, а затем начать играть в «Тетрис» на видеоконсоли «Нинтендо». В результате через 20 минут игры пациенты полностью отвлеклись от травмирующих воспоминаний о пережитом инциденте.

По словам Э. Холмс, лабораторные исследования других игр, задействующих память или счётные способности, не имели такого эффекта. Здесь важен именно зрительный эффект, говорит психолог. Если в первые 6 часов после получения травмы отвлечь пациента на задачи, требующие визуального внимания, то это может помочь предотвратить формирование в памяти травмирующего зрительного образа, отмечает профессор. По её словам, после «Тетрис»-терапии пациенты меньше испытывали так называемое непроизвольное прокручивание в памяти пережитого. Учитывая экспериментальные исследования, учёные предлагают «новое перспективное малоинтенсивное психиатрическое вмешательство, которое может предотвратить изнурительные навязчивые воспоминания после травмы», подчёркивает Э. Холмс.

В исследовании, результаты которого были недавно опубликованы на просторах интернета в свободном доступе, принял участие 71 пациент отделения неотложной помощи больницы John Radcliffe (Оxford, Великобритания).

Ну и ну!

Ты пахнешь...
Альцгеймером

Для диагностики болезни Альцгеймера в скором времени могут начать применять тест, разработанный учёными во главе с Марком Альберсом. Предложенная авторами методика, которую они уже успешно испытали на пациентах с когнитивными расстройствами различной степени тяжести, основана на определении способности людей различать запахи.

В эксперименте приняли участие 183 человека. Все они прошли серию тестов, в которых им предлагалось отличить один запах от другого, идентифицировать запахи и многое другое. Исследователи обнаружили связь между способностями различать запахи и когнитивной функцией. Так, пациенты с болезнью Альцгеймера показывали в этих тестах худшие результаты, чем люди с нарушениями умеренной тяжести или, например, чем здоровые добровольцы, принимавшие участие в эксперименте.

Заболевание начинает развиваться задолго до того, как становятся заметны первые симптомы. Авторы считают, что тест поможет определить пациентов из группы высокого риска и тех,

у кого болезнь Альцгеймера ещё не проявила себя, но уже начала прогрессировать.

В настоящее время считается, что одним из факторов риска болезни Альцгеймера является присутствие в геноме одной из форм гена APOE. Её носителям врачи могут порекомендовать регулярное прохождение такого «нюхательного» теста, что поможет вовремя заметить появление первых симптомов.

Авторы считают, что болезнь Альцгеймера затрагивает и обонятельную систему, влияя на области мозга, связанные с распознаванием запахов – именно поэтому при прогрессировании заболевания нарушаются не только когнитивные способности, но и возможность различать запахи. В ближайшее время учёные планируют проверить эффективность своего теста на более крупной выборке.

Подготовил Марк ВИНТЕР.

По материалам Medical Daily, Nutrition, Health & Aging, newscientist.com, Nature Research, Medical Xpress.

Штрихи биографии

Марк Копылов родился 22 апреля 1887 г. в Туле в семье служащего. С 1902 по 1910 г. учился в Тульской гимназии, которую окончил с золотой медалью. В 1910 г. поступил на медицинский факультет Московского университета. В 1915 г. был выпущен зауряд-врачом и мобилизован в армию. В ноябре 1915 г. принял участие в походе русского экспедиционного корпуса генерала Н.Баратова в Персию, где находился до 1918 г. в качестве старшего врача полка. В 1918 г. сдал государственные экзамены и получил диплом врача. Несколько месяцев являлся экстерном госпитальной клиники 1-го МГУ. Затем был мобилизован в Красную армию. В 1918-1923 гг. служил рентгенологом и хирургом в госпиталях 5-й армии на Восточном фронте. В этот период Марк Борисович выполнил свою первую научную работу.

После демобилизации он продолжает заниматься и рентгенологией, и хирургией в различных стационарах Москвы. А с 1926 г. становится ординатором Института рентгенологии. На базе Боткинской больницы организует специальный кабинет для разработки методов применения рентгенодиагностики при патологии нервной системы. Здесь же он впервые в СССР в 1928 г. проводит курсы по оториноларингологической и неврологической рентгенологической диагностике.

С момента создания в 1929 г. нейрохирургической клиники в Государственном рентгенологическом институте на Солянке Марк Борисович является её старшим научным сотрудником и заведующим рентгенологическим отделением. В этом же качестве с 1932 г. вплоть до ухода на пенсию в 1964 г. он продолжает работать в Московском институте нейрохирургии.

В 1937 г. М.Копылов становится кандидатом, а в 1939 г. – доктором медицинских наук. В 1940 г. ВАК присвоил ему учёное звание профессора.

В 1941-1942 гг. профессор М.Копылов – начальник рентгеновского кабинета эвакогоспиталя № 1667 в Казани.

Пионер новой науки

Своими трудами М.Копылов заложил основы нейрорентгенологии как важнейшей составляющей нейрохирургического комплекса и новой нейронауки. Он подходил к рентгенологическим исследованиям не статически, картиночно,

а рассматривал любую информацию, полученную с помощью рентгеновских лучей, как отражение динамической сущности патологического процесса, протекающего в головном и спинном мозге либо в их костных футлярах – черепе и позвоночнике. Благодаря этому Марк Борисович раскрыл влияние не только местного воздействия, но и внутричерепной гипертензии (вто-

в головном мозге и черепе при нейрохирургических заболеваниях.

Им обоснованы новые концепции механизмов и путей венозного оттока в мозгу и черепе; раскрыта роль механических факторов в мозговой и черепной гемодинамике. Открыты дополнительные аппараты, функционирующие по принципу насосов и сифонов в венозной сети мозга и его оболочек.

опухолей головного мозга, который богато представил в фундаментальной монографии «Основы рентгенодиагностики заболеваний головного мозга» (1968).

Учитель

Марк Борисович воспитал большую школу нейрорентгенологов. Среди его учеников такие

В чём-то он напоминал сказочника. Увлекался сам и увлекал других, щедро насыщая знаниями. Разборы Марка Борисовича являлись школой для нейрохирургов и неврологов. Благодаря им я научился сам разбираться с нейрорентгенологическими исследованиями. Переход к чтению компьютерных и магнитно-резонансных томограмм после обучения у Марка Борисовича произошёл

Имена и судьбы

Патриарх нейрорентгенологии

Исполнилось 130 лет со дня рождения наставника
нейрохирургов и неврологов профессора Марка Копылова



ричные изменения) на различные отделы основания и свода черепа при церебральных опухолях. По существу, им было создано учение о краниографическом отображении очаговой патологии головного мозга, что в компьютерную эру было чрезвычайно значимо для клинической диагностики.

М.Копылов фундаментально изучил церебральное венозное кровообращение в норме и при патологии. Учёный с рентгенологических позиций раскрыл компенсаторные механизмы сосудистой регуляции

Большой вклад М.Копылов внёс в рентгенологию травматической болезни головного мозга: предложена классификация ранений черепа и мозга, выявлены на основе баллистических данных закономерности проникновения в мозг костных и металлических осколков и мест их остановки, описаны и рубрицированы формы посттравматических, рубцовых и воспалительных изменений в мозгу, установлены патологоанатомические и ликвородинамические особенности в различные фазы течения черепно-мозговой травмы. При этом выяснена роль сосудов в распространении инфекции в костях черепа и, в частности, значение диплоических вен при тромбозах.

Наряду с многочисленными журнальными статьями Марк Борисович опубликовал в 1940 г. первое иллюстрированное руководство по нейрорентгенологии под редакцией Н.Бурденко «Основы нейрохирургической рентгенодиагностики», ставшее настольной книгой для специалистов.

М.Копылов совместно с Б.Егоровым осуществил первую в СССР церебральную ангиографию в 1931 г. С тех пор его интерес к этому методу исследования и диагностики не ослабевал. Он накопил большой материал по особенностям васкуляризации глиальных и оболочечных

выдающиеся специалисты, как Н.Альтгаузен, А.Кун, Н.Плевако, З.Полянкер и другие. Крупные нейрохирурги и неврологи: Б.Егоров, А.Арендт, Л.Корейша, М.Рапопорт, Ю.Коновалов всегда советовались с Марком Борисовичем в запутанных трудных случаях. Копылов умел извлекать из рентгенологических изображений, казалось, только ему одному доступную информацию. «Надо уметь «нюхать» снимки», – загадочно улыбался Марк Борисович.

Все три года аспирантуры я ходил на ежедневные разборы Марка Борисовича. Он сидел у негатоскопа, а вокруг располагались рентгенологи и клиницисты. Выслушав сообщения о больном, Марк Борисович сосредотачивался на снимках – кранио-, пневмо-, вентрикуло-, ангиограммах. Начиная свой анализ с чтения рентгенограмм черепа. Он так знал и даже чувствовал костные структуры, что по их изменению, к изумлению коллег, не только ставил сложный диагноз, но и раскрывал и давность очаговой патологии, и пути венозного оттока, и влияние на спинку турецкого седла и многое другое. Конечно, он детально анализировал и контрастные картинки. Обнаруженное Марк Борисович показывал на снимках, своими рассуждениями значительно дополняя их и развивая клиническое мышление.

у меня легко. Только их надо ещё больше «нюхать», чем обычные краниограммы.

Марк Борисович был рецензентом на апробации моей кандидатской диссертации в Институте нейрохирургии в феврале 1962 г. Сегодня трудно себе даже представить, чтобы профессор-мэтр выполнял такую роль. Но Марк Борисович с огромной пользой для диссертационного труда поработал со мной, и я сумел выделить и описать пневмовентрикулографические и ангиографические синдромы опухолей прозрачной перегородки мозга.

* * *

Он прожил плодотворную долгую жизнь. Его 100-летие в 1987 г. отмечали в институте; с докладом о юбилеаре выступил профессор Фёдор Сербиненко, который, отталкиваясь от разработок Марка Борисовича, создал эндovasкулярную нейрохирургию.

Скончался Марк Борисович Копылов в 1988 г. на 101-м году жизни.

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

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

Вехи

Детской хирургической службе Ульяновской области исполнилось 50 лет. За полвека существования стационарной детской хирургии вылечено более 100 тыс. детей, выполнено 70 тыс. операций.

А история специализированной помощи детям началась с открытия 1 января 1967 г. в областной больнице № 1 детского хирургического отделения на 40 коек. Первой заведующей стала Валентина Иванова, которая по праву считается основателем детской хирургии в регионе. После неё заведующими были В.Гончарь, В.Альберт. В 1993 г. отделение возглавил О.Никонов, который занимает эту должность по настоящее время. В 1973 г. в ЦГКБ было организовано отделение детской хирургии, которым поручили руководить В.Козлову. Все эти люди внесли огромный вклад в дальнейшее развитие детской хирургической службы Ульяновской области.

В 1995 г. отделение было переведено в УОДКБ им. Ю.Ф.Горячева. С этого момента начался новый этап развития детской хирургии в Ульяновской области.

– Сегодня в отделении выполняются операции VI категории сложности, которые относятся к

высокотехнологичным методам оперативного лечения. Это такие операции, как портосистемное шунтирование при портальной гипертензии у детей, резекции печени в объёме гемигепатэктомии и атипичные резекции, операции у новорождённых с пороками развития органов брюшной полости и грудной клетки. Также выполняются реконструктивные операции при болезни Гиршпрунга, патологиях поджелудочной железы, опухолях брюшной полости и забрюшинного пространства, пластические и реконструктивные вмешательства на органах мочевыделительной системы.

С 1996 г. проводятся операции с использованием эндовидеохирургической техники на органах брюшной полости и грудной клетки, как плановые, так и экстренные. Активно развиваются методики малоинвазивных операций в детской урологии, используются современные препараты.

В планах – развивать фетальную хирургию на базе перинатального центра, то есть оперировать де-



Коллектив хирургического отделения УОДКБ

тей ещё в утробе матери. Также в этом году уже в четвёртый раз к нам приедут зарубежные коллеги в рамках проекта «Лицом к будущему» для обмена опытом и лечения самых сложных пациентов, – отмечает главный врач УОДКБ им.

Ю.Ф.Горячева заслуженный врач РФ Анна Лебедько.

– Наиболее сложный контингент больных – это новорождённые. Хирургическая неонатология достигла значительных высот: за последние 25 лет летальность новорождённых

с хирургической патологией снизилась с 37 до 3%.

У меня в практике был случай, когда ребёнок бежал и упал на нож, который вошёл прямо в сердце. Когда малыша привезли, его сердце уже остановилось, мы с коллегами экстренно, буквально за секунды, вскрыли грудную клетку и ушили рану. Сейчас наш пациент – уже взрослый человек, и мы бесконечно рады, что тогда удалось его спасти. Самая лучшая благодарность для детского хирурга – это видеть, что твой пациент вырос здоровым, – рассказал заведующий хирургическим отделением УОДКБ, главный детский хирург Минздрава области, заслуженный врач РФ Олег Никонов.

В настоящее время детская хирургическая служба Ульяновской области представлена круглосуточными стационарами на 50 коек в УОДКБ им. Ю.Ф.Горячева, на 40 коек в ГКБ № 1. В течение 20 лет работает дневной хирургический стационар в ДГКБ Ульяновска.

Игорь ЗАВАЛИШИН,
внешт. корр. «МГ».

Сбываются мечты врачей

На литературный конкурс

Анатолий ИВАНОВ

Трудный поступок

Сон развивался по обычному сценарию. Вначале промелькнули события прошедшего дня – суета сует. Затем пошла лёгкая эротика – длинноногие девицы в купальниках маршировали по подиуму и устремлялись в комнату для переодевания. Семён Семёнович удовлетворённо замычал и последовал за ними, ожидая дальнейших зрелищ, а может, даже событий.



Но именно в этот момент его окружили какие-то незнакомые и непонятно откуда взявшиеся люди: нищие с протянутыми руками, дети в инвалидных колясках, чиновники с возбуждёнными лицами, полицейские, готовые ко всему, но пока не знающие, что конкретно делать. Семён Семёнович в расстроенных чувствах перевернулся на другой бок и... оказался в потоках яркого света.

Он зажмурился, а когда открыл глаза, потоки света рассеялись по сторонам, а в центре обозначилась фигура в белых одеждах с удивительно знакомым лицом. Оно походило на губернатора, но выражение его было гораздо умнее; чем-то смахивало на ректора, но было значительно художачее; слегка напоминало банкира Аркадия, но выглядело несоизмеримо честнее. Семёна Семёновича внезапно осенило: коли три святых для него человека объединились в одном лице – это Всевышний!

Обрывки мыслей суеились в голове Семёна Семёновича. Сам он сидел в постели и вытирал ладонями горячий пот со лба, висков и шеи.

– Да, это я, – сказал Всевышний.

Семён Семёнович задрожал всем телом и полез глубже под одеяло.

– Прямо сейчас сообщу в налоговую полицию... нет, лучше сразу – прокурору. Заявлю сам на себя за откаты и неуплату налогов. Всевышний будет доволен.

– От моего суда тебе нигде не скраться, – сурово сказал Всевышний.

Семён Семёнович пробормотал адрес и даже назвал код на дверях подъезда. Внутренне он весь обмяк, а внешне ссутулился.

– Это я машинально... детская привычка... но я готов ко всему, – пролепетал Семён Семёнович.

Семён Семёнович дрожащей рукой схватил мобильник с тумбочки и лихорадочно набрал номер.

– Ну что, баловник, наконец-то решился? А мы тебя уже давно поджидаем, – отозвался из трубки сладковато-ироничный голос.

– Назови-ка свой адресок.

Семён Семёнович пробормотал адрес и даже назвал код на дверях подъезда.

Сокровенное

Сегодня мы представляем на суд читателей творчество Тамары Шварц-Лосевой – старшего зубного техника стоматологического отделения ЦРБ Кочубеевского района Ставропольского края.

Пряжа

Я не зря соберу все невзгоды
в клубок!
Нить сукна так шершава
и темна...
Что связать для тебя,
моя тёмная ночь?
Ночь забрезжила звёздами
томно.
Я свяжу себе платье из капель
росы,
Что блестит серебром
от рассвета.
Я накину на плечи платок
из слезы
И укроюсь от млечного света.
И в клубок соберу
я счастливые дни –
Нить мохера бела и пушиста.
Жизнь всегда вперемешку была:
В утро – чернь полоса,
Завтра – белое – чисто!
Я вяжу в свой узор
круговерть бытия.
Пусть опять будет чёрное
с белым,
Пусть всем будет тепло
без ночного огня,
И вся жизнь вновь очерчена
мелом!

Горы Кавказа

Как величавы горы Кавказа
В снежном убранстве!
Как горделивы острые пики
Горной гряды!
И подкупает грустным
безмолвием
Снежное царство.
И восхищает память истории
Наши ряды.
Много помнят тропы витые,
Склоны седые.
Много историй разных могли бы
Вы рассказать.
Только удел ваш –
свято хранить
Тайны чужие.

Тамара ШВАРЦ-ЛОСЕВА

Будете вы, как в традициях
горцев,
Скупом молчать!

Осень

Осень – мной любимая пора!
Гонит осень тучи со двора!
Вот Эльбрус, как сын
Кавказских гор,
Сдвинув брови, смотрит
мне в укор,
Облачась в заснеженную шапку,
Осени листву метёт охачкой.
Птицы клином к югу подались,
Росы утром в капли собрались,
Травы, словно жёлтые ковры,
Согревают землю до поры...
Двух ежат – колючие комочки –
Ветер подгонял к трухлявой
кочке.
«В норку б проскользнуть
до темноты...».
Лишь дрожат хрустальные
кусты.

Всё спешит убраться до зимы.
И поля, и реки, и холмы,
И деревья, и в лесу зверьё –
Всё стремится в зимнее жильё.
Принакрылась багрецом осина,
Лист берёзы оторвался с силой,
Ель стоит в безмолвии...
Холмисты дали,
Горизонты чисты и лучисты.

Дятел бьёт морзянку с птичьим
хором.
Лисы, прячась в норы,
ведют споры.
Белка тащит шишку вверх
по соснам.
И рябина мёрзнет красным
соком.

Повстречает Эльбрус
седовласый
На вершине осень золотую,
И закружит их осенним вальсом,
Снег, и дождь, и ветер чередуя!
Ставропольский край.

СКАНВОРД

Зол-пидем	Отсут-ствие аппетита	Рауль Капа-банка	Звезда, Овен	Старин. жен. одежда	Англ. ученый	Вид при-чески	Полож. элект-род	Шелк. ткань	Легко-плавкий металл	Пове-литель (араб.)	Громко (муз.)	Лекар. форма	Сторона медали	Южное соз-вездие	Полу-чают из анилина			
Брюс-сель, река	Бусуль-фан	Живо-писец ... Порет	Корей-ское письмо	Автор оперы "Клари"	"Пат-риот", актер	Город Эстония	Крыло-орешник	"Братья ... Симе-нон"	Причал	Реестр	Рус. поэт	Соло-вьиный ... Блок	"... и не сни-лось"	Не ровен ...	Проти-вотан-ковый	Плочи-ца	Дочь Кадма	Само-лет
Древне-греч. стра-шилице	Ушаст-ый тюлень	Вспом. язык	Момент	Древний керам. сосуд	Парус-ное судно	Старин. брон-жилет	Автор Валерий Шаршуков	"Тар-тюф", перс.	Стер-жень	Тротил	Л Э Э Т Ю Д Т Т У Р И С Т Ц Е Н З А Ж Л О К С Ф О Р Д Е У А С О М Е П Р А З О Л У И А З Н А К Й С К О П А Е Я Ф К Л А Б А К С И Д И О М А О Л А М А К Г Р А Ф А К Р О Н Т О Р П Р З О Б А Л А М А К Г Р А Ф А К Р О Н Т О Р П Р З О Б Р Р А Б А С О Н М И Л И И З О Т О П М У А Р Е Р Н И К Н В И Р А Н А Т Р А Т А							

Ответы на сканворд, опубликованный в № 27 от 19.04.2017.

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

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

Отпечатано в АО «ЭКСТРА М» 143405 Московская область Красногорский район, г. Красногорск, автодорога «Балтия», 23 км, владение 1, дом 1. Заказ № 17-03-00455 Тираж 23 907 экз. Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.

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

Газета зарегистрирована Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор). Свидетельство о регистрации: ПИ № ФС77-65711 от 13.05.2016 г. Учредитель: ООО «Медицинская газета». Подписные индексы в Объединённом каталоге «Пресса России»: 50075 – помесечная, 32289 – полугодовая, 42797 – годовая.