

Медицинская

16 августа 2017 г.
среда
№ 60 (7778)

Газета®

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

Работают мастера

Одна операция решила две судьбы

Челябинские нейрохирурги доказывают,
что аневризма у матери – не приговор для младенца



Фармацевт из Магнитогорска Екатерина Сокол попала в Челябинскую областную клиническую больницу со страшным диагнозом «разрыв аневризмы головного мозга».

Это коварное заболевание, которое может годами не напоминать о себе. Предугадать его невозможно, оно может появиться и у младенцев, и у взрослых людей. Иногда это врожденная патология, в некоторых случаях – результат тяжёлых физических нагрузок или приёма контрацептивов.

Клинически аневризма себя никак не проявляет. Беременность могла усугубить состояние и спровоцировать разрыв стенки сосуда, так

В хирургическом блоке

как является достаточно сильной нагрузкой на женский организм. В случае с Екатериной разрыв аневризмы дал о себе знать на 23-й неделе беременности. Ещё совсем недавно такая ситуация автоматически означала, что плод будут удалять, чтобы затем заниматься спасением женщины.

«Гуляли по городу вместе с ребёнком и мужем, и вдруг резко стало плохо. Появилась головная боль в затылочной области очень сильная, потом уже она распространилась на всю голову, – вспоминает Екатерина Сокол. – Боль была такая, что не сравнить ни с чем – на 10 баллов по шкале неврологов. Местные специалисты сильно сомневались в благо-

приятном исходе как для меня, так и для будущего ребёнка. Гарантий никаких не давали, слишком всё было сложно. Боялась за ребёнка».

Магнитогорские врачи связались с областной больницей, собрали общий консилиум, в результате которого пациентку отправили на реанимобиле в главную клинику региона. На базе клинической больницы уже длительное время работает региональный сосудистый центр, в рамках которого пациентам оказывается высокотехнологичная медицинская помощь, в том числе и по профилю «нейрохирургия». После полного обследования Екатерину отправили в операционную.

(Окончание на стр. 2.)

Марина САРКИЗОВА,
старший научный сотрудник
МНТК «Микрохирургия глаза»,
доктор медицинских наук:

С.Фёдоров вселял в нас уверенность, что нам всё подвластно и по плечу, надо лишь сильно захотеть.

Стр. 4



Алексей КУРИННЫЙ,
член Комитета
Государственной Думы РФ
по охране здоровья:

В целом пока получается, что государство делает вид, что платит зарплату, а специалисты – что на эту зарплату работают.

Стр. 5



Андрей ВОРОБЬЁВ,
губернатор Московской области:

На территории Подмоскovie в нынешнем году планируется завершить капитальный ремонт 310 объектов здравоохранения, ещё 90 отремонтируем в 2018 г.

Стр. 6



Перспективы

Для поликлиник — единый стиль

Оформление столичных поликлиник определят на специальном конкурсе. Оценить предложенные варианты их интерьера и экстерьера москвичи смогут с помощью проекта «Активный гражданин». Об этом сообщает мэрия Москвы.

По замыслу властей здания московских поликлиник должны получить современный дизайн. В едином стиле оформят вывески, информационные стенды, стойки регистрации, стены, вело-парковки, игровые зоны и др. При этом будет учтено направление деятельности медицинского учреждения. Кроме того, что по-особенному нужно сделать дизайн для детских, взрослых и стоматологических поликлиник.

Конкурс проводит Департамент здравоохранения Москвы. Принять в нём участие смогут компании, а также индивидуальные предприниматели, имеющие опыт работы в сфере дизайна, художественного оформления интерьера не менее одного года.

Победителей ждут денежные гранты в размере 5 млн руб. Их будут предоставлять участникам, занявшим первые три места.

«Уверены, что новое лицо наших поликлиник привлечёт москвичей, они станут заметными в современной городской среде», – сказал руководитель Департамента здравоохранения Москвы Алексей Хрипун.

Большим достижением он также считает, что в прошлом году по инициативе жителей столицы в поликлиниках появилась новая система навигации. Надписи и схемы показывают расположение кабинетов, отделений и зон для посетителей. Навигация на стенах и на полу есть на каждом этаже. У лифтов и на лестницах появились поэтажные указатели, которые помогают сориентироваться на месте. Для удобства слабовидящих пациентов надписи сделали крупным шрифтом. Кроме того, на всех этажах установили стенды-вертушки с подробной информацией о работе медицинской организации и дополнительных услугах.

В Москве сейчас работает 146 поликлиник. В своём составе они имеют более 450 филиалов, где детям и взрослым оказывается первичная медико-санитарная помощь.

Павел АЛЕКСЕЕВ.

МИА Сити!

Москва.

События

Телемедицина в действии

В Калининградской областной клинической больнице стали активно использовать телемедицину в лечении тяжёлых больных. Регулярно проводятся не только видеоконференции с ведущими федеральными медицинскими центрами, но и видеоконсилиумы.

Одна из таких встреч в формате телеобщения состоялась с профессором Института хирургии им. А.В.Вишневского Андреем Алексеевым и заведующим отделом анестезиологии

и реанимации этого центра Сергеем Ильиным – ведущими российскими специалистами в области комбустиологии.

В консилиуме приняли участие хирурги и реаниматологи не только областной, но и центральной городской клинической больницы. На встрече обсуждался вопрос лечения пациента с тяжелейшей электротравмой 3-4-й степени с поражением поверхности тела около 40%. Больной был выведен из критического состояния совместными

усилиями специалистов областной и Центральной городской клинической больницы, однако ещё оставалось множество вопросов по закрытию раневых поверхностей и дальнейшей реабилитации пострадавшего.

В ходе совместных действий была выработана тактика дальнейшего лечения, а также рассмотрен вопрос о переводе пациента в Институт хирургии им. А.В.Вишневского.

Инна СЕРГЕЕВА.

Калининградская область.

Новости

Укрепляя взаимодействие

На базе Моргаушской центральной районной больницы Чувашской республики состоялся семинар «Опыт взаимодействия фельдшерско-акушерских пунктов с отделениями общей врачебной практики (семейной медицины)». Организатором мероприятия выступили Минздрав республики совместно с профессиональной Ассоциацией средних медицинских работников. В рамках реализации указа президента Чувашии о дополнительных мерах по развитию семейной медицины в регионе открыто более 500 отделений общей врачебной практики, 60% из которых работают в сельской местности.

Особенностью Чувашии, в которой 38,4% населения проживают в сельской местности, является то, что семейная медицина развивается планомерно по всей республике, но с акцентом на село. Именно здесь офисы семейного врача наиболее востребованы, так как из-за отдалённости деревень сложнее добраться до центральной районной больницы. Поэтому основной целью отделений общей врачебной практики является обеспечение доступности специализированной медицинской помощи и приближение к сельским жителям современных медицинских технологий профилактики, диагностики и лечения заболеваний.

Сегодня в регионе построено 127 модульных ФАПов, полностью отвечающих современным требованиям. Они обслуживают более 1000 населённых пунктов. В координации деятельности их специалистов важная роль отводится Республиканскому совету по фельдшерскому делу. Проводимые им мероприятия дают ощутимые результаты: улучшилась преемственность в оказании первичной медико-санитарной помощи, специалисты ФАПов активнее занимаются профилактической работой. Всё это способствует повышению качества оказания первичной медико-санитарной помощи сельскому населению республики.

Наталья НОВИЦКАЯ.

Чувашская республика.

Медики получают квартиры

В Нижнекамске 30 врачей, приехавших в город из других регионов, получили ключи от квартир по республиканской программе «Арендное жильё». Ключи медикам вручили министр здравоохранения Татарстана Адель Вафин и мэр Нижнекамска и Нижнекамского района Айдар Метшин.

«Мы хотим, чтобы вы стали полноценными жителями Нижнекамска, выполняли свою профессиональную миссию с хорошим настроением. Ведь это очень важно для людей, проживающих в Нижнекамске», — отметил А.Метшин.

Сегодня ключи от квартир получили специалисты первичного звена, приехавшие из разных уголков страны: Хабаровска, Астрахани, Ростова-на-Дону, Перми и других городов. В целом в этом году по программе «Арендное жильё» в городе планируется заселить 37 медицинских работников, 3 человека уже получили ключи от квартир.

Павел ЛЕОНИДОВ.

Республика Татарстан.

Многая лета...

Ожидаемая продолжительность жизни москвичей к 2020 г. может составить 80 лет. Об этом сообщил директор Научно-исследовательского института организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения Москвы Давид Мелик-Гусейнов.

«Снижение смертности, я думаю, продолжится. В столичном регионе на этот счёт весьма благоприятный прогноз, мы считаем, что к 2020 г. ожидаемая продолжительность жизни москвича составит примерно 80 лет. Это вполне реально, потому что рождаемость весьма высока, а ожидаемая продолжительность жизни в Москве у женщин уже выше 81 года», — сказал Д.Мелик-Гусейнов.

Ранее, что характерно, мэр города Сергей Собянин заявлял, что средняя продолжительность жизни в столице в минувшем году составила 77 лет, что является максимальным показателем за всю историю города.

Яков ЯНОВСКИЙ.

Москва.

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

Сотрудничество

Расстояние не станет преградой

Теория и практика для будущих и нынешних врачей пойдут рядом

Красноярский государственный медицинский университет и томский НИИ микрохирургии заключили договор о сотрудничестве. Речь идёт о совместной работе по подготовке врачей в разделах пластической и общей хирургии, микрохирургии на этапах вузовского и послевузовского непрерывного медицинского образования. Теоретическую часть программы будет обеспечивать КрасГМУ, практический этап — томский НИИ.

Идея объединить усилия двух организаций — образовательной и научно-клинической — зрела давно, но окончательно выпестовалась на днях, по завершении международной благотворительной акции «Операция «Улыбка»-2017», которая прошла в Томске. Международная группа челюстно-лицевых, пластических и микрохирургов собралась в этом городе, чтобы провести консультации и оперативное лечение пациентов с врождёнными аномалиями верхнего нёба, органа слуха, конечностей. Скрининг прошли 76 пациентов, большинство из которых — дети в возрасте от 3 месяцев до 8 лет. Хирургическую помощь получил 41 человек, было выполнено 28 челюстно-лицевых операций (ринохейлопластика, уранопластика), 14 операций на кисти, 3 реконструкции ушной раковины.

В составе врачебной команды, кроме таких мэтров, как ведущий челюстно-лицевой хирург между-



Чтобы улыбка радовала всех...

народной благотворительной акции «Operation Smile» Партха Саду (Индия), директор томского НИИ микрохирургии профессор Владимир Байтингер, челюстно-лицевой хирург Ольга Белых (Россия, Иркутск), ортопед Владимир Заварухин (Санкт-Петербург), в качестве волонтеров трудились студенты медицинских вузов. Одна из них — старшекурсница лечебного факультета КрасГМУ Кристина Кобер. В течение всех 4 дней акции она не просто была волонтером, а работала в операционной, помогая хирургам. Нужно ли говорить, каким значимым оказался для будущего врача этот практический опыт!

Ситуация сама подсказала правильное решение. Проанализировав положительные результаты такого взаимодействия, медуниверситет и институт пришли к единому мнению, что индивидуальная профессиональная подготовка наиболее способных студентов КрасГМУ по микрохирургии и пластической хирургии должна и может проводиться на базе НИИ микрохирургии. А расстояние между двумя городами в данном случае не будет препятствием.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Красноярск.

Дословно

Ожидается приятная прибавка

Средства на очередное повышение заработной платы медработникам Республики Хакасия заложены в региональном бюджете и территориальном фонде ОМС. Новые суммы в зарплатных «квитках» хакасских врачей и медицинских сестёр должны появиться уже в нынешнем октябре.

По данным Минздрава Хакасии, на сегодняшний день средняя зарплата врачей в регионе составляет 45 тыс. руб., среднего медперсонала — 24 тыс., млад-

шего — 15,5 тыс. К концу 2017 г. она достигнет 46,5, 25 и 17 тыс. руб. соответственно. Не очень большая, конечно, но всё-таки прибавка.

— Деньги на эти цели запланированы. Если учреждения здравоохранения выполнят тот план, который они берут на себя, то повышение зарплат пройдёт планомерно. Со своей стороны мы держим данный вопрос на контроле, ведь от уровня жизни медицинских работников зависит и удовлетворённость пациентов медицинской помощью, — говорит

министр здравоохранения Республики Хакасия Владимир Костюш.

При этом, подчёркивают в ведомстве, чтобы не допускать неоправданно большого разрыва в размерах денежного вознаграждения за работу главного и «простого» врача, ведётся жёсткий мониторинг оплаты труда руководителей медицинских организаций. Сейчас в Хакасии заработок руководителей составляет 1,4 от среднего по ЛПУ.

Елена ЮРИНА.

Абакан.

Работают мастера

Одна операция решила две судьбы

(Окончание. Начало на стр. 2.)

«Когда позвонили из Магнитогорска, мы, естественно, незамедлительно отреагировали, тем более рядом — перинатальный центр, с которым тесно сотрудничаем и при необходимости совместно ведем наших пациентов, — рассказывает главный врач ЧОКБ, профессор, заслуженный врач РФ Дмитрий Альтман. — За эту девушку переживали всей больницей, и как же радостно теперь знать, что она здорова, и дитя родилось у неё здоровое!»

В ЧОКБ сильная команда нейрохирургов, которая постоянно учится, специализируется и в российских, и в зарубежных клиниках. Ежегодно здесь проводится до сотни таких операций — это достаточно серьёзный опыт даже по мировым стандартам.

Сегодня есть возможность современными малоинвазивными методами, без больших операций, без травм головного мозга помогать пациентам с кровоизлияниями мозга. Это даёт возможность не только спасти жизнь, но и улучшить качество жизни пациента.

Все манипуляции происходили под контролем рентгеновского излучения. Врачи использовали минимальное количество медикаментозных препаратов, в том числе и рентгеноконтрастного; доза облучения тоже была микроскопической — в целях защиты будущего ребёнка.

Аневризма головного мозга и раньше была проблемой, но встречалась достаточно редко. Сейчас от 5 до 10% населения страдают этим недугом. Многие люди даже не подозревают о себе столь серьёзного за-

болевание. Они жалуются на головную боль, головокружение. И только при специальных исследованиях, которые невозможны без высокого уровня техники и учёта определённых стандартов, можно выявить эту форму патологии.

Чаще всего это удел молодых людей от 20 до 40 лет. Хотя сейчас среди заболевших встречаются и люди преклонного возраста. Факторы риска для аневризмы: гипертоническая болезнь, атеросклероз. Вскоре Е.Сокол привезла своему лечащему врачу результаты

контрольного обследования на МРТ, которые показывают, что сосуды в норме. Но ей придётся регулярно появляться в ЧОКБ, где её состояние будут контролировать, чтобы не произошло рецидива.

Малышку, рождённую в особых условиях, назвали Анастасией.

Наталья МАЛУХИНА,
внешт. корр. «МГ».

Челябинск.

Фото автора.

Официально

Правительство призывает вести здоровый образ жизни

Правительство РФ утвердило паспорт приоритетного проекта «Формирование здорового образа жизни».

Документ направлен на увеличение числа граждан, ответственно относящихся к своему здоровью и ведущих здоровый образ жизни, в том числе тех, кто систематически занимается физической культурой и спортом. Кроме того, документом запланированы мероприятия, направленные на снижение потребления табака, совершенствование законодательства в области рекламы,

связанного с алкоголем, табаком, нерациональным питанием.

В рамках реализации проекта предполагается к концу 2019 г. увеличить до 45% долю граждан, приверженных здоровому образу жизни, а к концу 2025 г. довести её до 60%. Срок реализации проекта – с июля 2017 г. по 2025 г. включительно.

Кроме того, планируется увеличить долю граждан, систематически занимающихся физической культурой и спортом, до 38% в 2019 г. и до 45% – в 2025 г. Снизить распространённость потребления табака среди взрослого

населения планируется с 30,5% в 2017 г. до 29,5% в 2019 г. и 27% в 2025 г., потребление алкогольной продукции на душу населения – с 10 л в 2017 г. до 9,3 л в 2019 г. и до 8 л в 2025 г.

Паспорт приоритетного проекта был утверждён по итогам заседания президиума Совета при Президенте РФ по стратегическому развитию и приоритетным проектам 26 июля 2017 г.

Андрей ДЫМОВ,
МИА Сити!

Москва.

Решения

Прокуратура разбирается с зарплатой медиков

В посёлке Борок Некоузского района Ярославской области работникам больницы Института биологии внутренних вод им. И.Д.Папанина Российской академии наук задерживают зарплату на месяц.

Об этом сообщает прокуратура региона. Задолженность по заработной плате составляет за июнь 2017 г. более 840 тыс. руб. В связи с этим все 73 работника больницы написали коллектив-

ное обращение в прокуратуру Некоузского района.

В результате была проведена проверка, которая установила, что Федеральное агентство научных организаций не перечисляет средств лечебному учреждению. Все доходы больница получает за счёт денег системы ОМС.

«Государственной инспекцией труда в области главный врач больницы по постановлению прокурора района привлечена к административной ответствен-

ности по ч. 6 ст. 5.27 КоАП РФ в виде предупреждения», – сообщила помощник прокурора Некоузского района Юлия Бородулина.

В ближайшее время приставы получат право по решению мирового суда взымать задолженность по зарплате в пользу работников больницы.

Алексей ПИМШИН,
МИА Сити!

Ярославская область.

Профилактика

Тестирование пока добровольное

В Ульяновской областной наркологической больнице прошли интерактивные занятия и видеолектории о вреде табака, алкоголя и наркотиков.

Для подростков, состоящих на учёте, и их родителей проведены индивидуальные семейные консультации по особенностям подросткового возраста, проблемам межличностных отношений в семье, факторам риска формирования зависимого поведения.

Подобные беседы состоялись и в администрациях Ульяновска и районов области.

По информации профильного ведомства, в 2016 г. в регионе снизились показатели заболеваемости наркоманией по сравнению с 2015 г. на 10,9%. Количество пациентов, доставленных в наркологическую больницу с интоксикационным психозом, сократилось на 20,4%.

«Систематическая работа областной наркологической боль-

ницы, центра медицинской профилактики и районных больниц позволила заметно увеличить охват населения профилактическими мероприятиями. За весь 2016 г. добровольное тестирование на потребление наркотиков прошли более 3 тыс. учащихся. За нынешнее полугодие данное исследование прошли ещё более 3 тыс. учащихся, наркопотребителей среди несовершеннолетних выявлено не было», – рассказал министр здравоохранения, семьи и социального благополучия Ульяновской области Рашид Абдуллоев.

Виктория ГУРСКАЯ,
внешт. корр. «МГ».

Ульяновск.

Накануне

В сентябре в Костромской области пройдёт масштабная информационно-оздоровительная акция «Волна здоровья», направленная на популяризацию здорового образа жизни.

Обычно она собирает лучших врачей страны для оказания помощи детям. Теплоход с ведущими специалистами федеральных медицинских центров отправится по маршруту: Москва – Тверь – Углич – Мышкин – Кострома – Ярославль – Череповец – Дубна – Москва. В этом году участниками ак-

И снова — в поход

ции станут научные медицинские центры им. А.Н.Бакулева, микрохирургии глаза им. С.Н.Фёдорова, оториноларингологии ФМБА России, стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Минздрава России, эндокринологический научный центр и центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова.

В минувшем году за время акции «Волна здоровья» специ-

алисты провели свыше 2,6 тыс. консультаций, выявили 200 случаев заболеваний, в том числе 28 случаев подозрения на онкологические заболевания. Для обследования и лечения в медицинские учреждения области было направлено 236 человек.

Галина ВАСИЛЬЕВА,
МИА Сити!

Кострома.

Проекты

Детский корпус будет расширен

Правительство РФ приняло постановление «О реконструкции детского корпуса Центрального научно-исследовательского института травматологии и ортопедии им. Н.Н.Приорова».

Согласно этому документу, Минздраву России из федерального бюджета выделяются ассигнования на реконструкцию и расширение детского корпуса ЦИТО.

Общая предполагаемая (предельная) стоимость этих работ составит 2,41 млрд руб. Принятое решение позволит увеличить имеющиеся площади до 10 800,0 м². Ввод объекта в эксплуатацию запланирован на 2020 г.

Соб. инф.

Криминал

Трагедия в онкодиспансере

В здании Мурманского областного онкологического диспансера произошло убийство. Около 9 часов утра пациент нанёс ножевые ранения заведующему отделением. В результате врач скончался на месте от полученных травм. После этого мужчина покончил с собой.

Возбуждено уголовное дело. Правоохранители пытаются установить причины происшедшего.

На месте случившегося побывал и министр здравоохранения Мурманской области Валерий Перетрухин. Между тем появилась информация, что пациент страдал психическим заболеванием. Более того, ранее он уже пытался совершить подобное преступление.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.

МИА Сити!

Мурманск.

Однако

Чтобы коррупции не поздоровилось...



В Республиканском центре кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии Дагестана придумали новый способ борьбы с коррупцией в рядах медицинских работников. Так, в лечебном учреждении при госпитализации каждый пациент получает памятку, которая строго запрещает передачу вознаграждения медицинскому персоналу. Нарушение предписаний грозит серьёзными последствиями, вплоть до увольнения сотрудника и выписки самого пациента.

Более того, для предупреждения коррупции каждые две недели среди пациентов проводится анонимное анкетирование. Если кто-то из медработников советовал заплатить деньги, больные могут пожаловаться на их действия. В больнице начнётся служебное расследование, и, если вина медика будет доказана, ему придётся искать другое место работы.

По словам главного врача республиканского центра Османа

Махачева, за 4 года использования подобных памяток и анкетирования удалось полностью искоренить коррупцию в больнице. «Любые попытки взяточничества жёстко пресекаются, мои двери всегда открыты, и, если подобные случаи имели место быть, мы принимали кардинальные меры», – заявил О.Махачев. В то же время он добавил, что невозможно решить проблему только методами устрашения. Борьба с коррупцией должна носить комплексный характер.

Помимо мер контроля, предполагаются и меры социального стимулирования врачей. «Сегодня средняя зарплата врача в Дагестанском кардиоцентре достигает 50 тыс. руб., доход медицинской сестры – 23 тыс., и 19 тыс. получает младший медперсонал. Кроме того, ежеквартально выдаются премии – всё для того, чтобы стимулировать желание людей честно трудиться», – отметил главный врач.

Залина МУРТАЗАЛИЕВА,
внешт. корр. «МГ».

Махачкала.

Святослав Фёдоров, всемирно известный российский офтальмохирург, гениальный учёный, талантливый организатор и политик, был поистине ярчайшим явлением в советской и российской медицине, человеком, который умел пробивать на своём пути любые горы, если был твёрдо уверен в том, что его упорство будет во благо пациентам.

На днях академику С.Фёдорову исполнилось бы 90 лет. В канун юбилея о своём учителе, коллеге, друге вспоминают те, кто хорошо знал и любил его.

Заведующий отделом витреоретинальной хирургии и диабета глаза МНТК «Микрохирургия глаза» им. С.Н.Фёдорова, доктор медицинских наук, профессор Валерий ЗАХАРОВ:

– С 1964 г. Фёдоров начал систематически делать операции под микроскопом: имплантацию интраокулярных линз, антиглаукомные операции, пересадку роговицы. Думаю, это были первые микрохирургические операции в нашей стране. Для них требовались микрохирургические инструменты: иглы, специальные держатели, пинцеты. Святослав Николаевич решил обратиться к мастерам микроминиатюры Сядристу и Сысолятину, о которых в то время много писала пресса. Сядристый просверливал вдоль человеческого волос и в этот «пенал» помещал розу из золота. Сысолятин подарил чемпиону мира по шахматам Ботвиннику полую горошину, внутри которой стоял шахматный столик, а на нём – все фигуры. Оба мастера откликнулись и действительно помогли изготовить нужные для офтальмологов инструменты.

Микрохирургия потребовала и других изменений в операционной. Сейчас в это трудно поверить, но тогда все глазные операции врачи делали на обычных хирургических столах. Святослав Николаевич сказал: «Будем оперировать сидя. Ни одному часовщику не придёт в голову ремонтировать часы стоя, а мы стоя оперируем глаза». Спустил 8 лет, в 1973 г. мне довелось побывать в только что открывшемся глазном институте в Филадельфии: продуманная планировка, прекрасные оборудованные кабинеты, красивые палаты. Восхищался всем этим

Рядом с нами

Врачебный дар, помноженный на твёрдый характер

Таким был академик Святослав Фёдоров

до тех пор, пока зарубежные коллеги не показали операционную. И тут восторг мгновенно исчез: хирурги оперировали без микроскопа и стоя! В этом институте замечательным было всё. Кроме хирургии.

В начале 60-х годов Святослав Николаевич обратил внимание на очень интересный материал – полиметилсилоксан, жидкий полимер на основе кремния. По его просьбе в Московском институте кремнийорганических соединений этот полимер был синтезирован. После экспериментальной проверки мы стали использовать жидкий силикон в клинике, имплантируя его в полость стекловидного тела при отслойках сетчатки. Помню, как, осмотрев больного после одной из таких операций, Святослав Николаевич, довольный результатом, сказал: «Кажется, мы поймали бога за бороду». Материал действительно оказался перспективным, широко применяется он и сегодня во всём мире при лечении тяжёлых отслоек сетчатки.

Старший научный сотрудник МНТК «Микрохирургия глаза» доктор медицинских наук Марина САРКИЗОВА:

– Вспоминается, в каком невероятном количестве Святослав Николаевич «выдавал» новые идеи. Они даже фиксировались в специальном журнале, чтобы не забылись. По выходным он наговаривал их на диктофон, а позже секретари переносили

записи в журнал. За один день в журнале легко могло оказаться 20 и более записей. Многие становились изобретениями, причём не только в области офтальмологии.

Фёдоров постоянно совершенствовал и изобретал сам и вовлекал на основе созидательное творчество окружающих, настраивал их мозги на поиск нового. Изобретательская работа (как, впрочем, и другая) приносила всем нам радость и удовлетворение. И ещё он вселял в нас уверенность, что нам всё подвластно и по плечу, надо лишь сильно захотеть.

Директор Калужского филиала МНТК «Микрохирургия глаза» доктор медицинских наук Александр ТЕРЕЩЕНКО:

– Мне были интересны все его действия как руководителя, как менеджера. Годы работы с шефом перевернули мои взгляды, моё отношение и к профессии, и к хирургии, и к взаимоотношениям в коллективе, то есть к системе управления. Шеф управлял легко, он был компетентен во всех вопросах – от мелких до глобальных. Решения он мог принимать мгновенно! Такой был у него склад ума.



В клинике Фёдорова не было бюрократической системы. К нему на приём могла попасть и санитарка, и медсестра. Приходили и члены правительства, и президенты, и иностранные гости. Ему на всех и всё хватало энергии. Я никогда не видел его уставшим. Иногда он был расстроенным, но не уставшим.

Святослав Николаевич был публичным человеком, любил выступать, общаться с журналистами. Для него дать интервью не составляло никакого труда. Выступать ему было легко: он был

в курсе всего происходящего, мог говорить на любые темы, при этом всегда излагал собственные мысли, не пользовался чужими.

Он любил мечтать. Его мысли, его рассуждения стали сегодня реальностью. Мне кажется, самая главная его идея во всей офтальмохирургии – это то, что уходит в прошлое пора лезвий (металлических, алмазных), и на смену им приходит энергия лазера. Мы видим, что вот уже на протяжении 30 лет развиваются технологии эксимерной хирургии, фемтосекундного лазерного воздействия, то есть мечты С.Фёдорова воплотились в жизнь.

Директор Иркутского филиала МНТК «Микрохирургия глаза», доктор медицинских наук, профессор Андрей ЩУКО:

– Впервые о Святославе Фёдорове я узнал из газетных публикаций Анатолия Аграновского. Тогда я оканчивал мединститут, и эти статьи о нём во многом повлияли на выбор мною врачебной профессии. Читая их, я поражаюсь способности Фёдорова добиваться своей цели. Несмотря на все преграды, неприятие и отрицание его идей ведущими офтальмологами страны!

Позже, когда мы уже были знакомы, всегда после общения с ним хотелось «взять знамя», «разорвать рубашку» и идти вперёд «на баррикады». Он заражал своей энергией, своей неординарностью и смелостью!

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

События

Четвёртая Спартакиада хирургов Забайкалья

Спартакиада хирургов Забайкалья прошла на базе курорта «Шиванда». Её инициатором выступили Министерство здравоохранения Забайкальского края, а также краевая больница № 3, расположенная в посёлке Первомайский Шилкинского района, на территории которого и состоялись трёхдневные соревнования.

Первый такой турнир прошёл в 2009 г. на той же первомайской земле. Тогда в нём участвовало 15 команд, в том числе команда хирургов Иркутской области. Вторая спартакиада состоялась через год. А летом 2012 г. Третью Спартакиаду хирургов принял Краснокаменск. И вот настала пора возобновить так полюбавшееся многим мероприятие, объединяющее представителей хирургической службы региона. На открытии организатор первых трёх спартакиад хирургов Забайкалья депутат Законодательного собрания Забайкальского края Алексей Саклаков сказал: «Депутаты Законодательного собрания края всегда поддерживали спорт во всех его проявлениях, будут они это делать и впредь».

В нынешней спартакиаде приняли участие 10 команд. Среди них – медики ведущих лечебных учреждений Читы, Краснокаменска, районов Забайкаль-



Команда Шилкинской ЦРБ

ского края, врачи Агинского округа. Соревновались они в следующих видах спорта: волейбол, настольный теннис, шахматы, гиревой спорт, легкоатлетическая эстафета, перетягивание каната, дартс. Борьба была очень упорной, особенно на волейбольной площадке и в перетягивании каната. Именно там эмоциональное напряжение участников и болельщиков достигало наивысшего предела.

Первое место в командном зачёте – по набранному первому месту в разных видах спорта – жюри присудило посланцам краевой клинической больницы. Второе место досталось команде Дорожной клинической больницы на станции Чита-2. Третью ступень пьедестала заняла команда Улетовской ЦРБ. Победители соревнований получили кубки, медали и грамоты.

Спортивные и культурные мероприятия, шуточные конкурсы, прогулки на свежем воздухе, общение с коллегами, прекрасно организованный досуг надолго запомнятся людям этой трудной и благородной профессии, на своём примере пропагандирующим профилактику заболеваний и здоровый образ жизни.

Валерий БЕСТУЖЕВ.

Забайкальский край.

Ввести индикаторный показатель минимальной заработной платы медиков, ниже которой им нельзя будет платить, предлагает Минздраву России член Комитета Государственной Думы РФ по охране здоровья Алексей Куринный. «Иначе вся эта «средняя температура» по больнице так и будет вызывать недоумение и раздражение у коллег», – говорит врач.

Имитация бурной деятельности?

По его словам, он на собственном опыте убедился: цифры средней зарплаты врачей в России в размере 66 тыс. руб. в месяц, которыми оперирует Минздрав, далеки от реальности. Это подтверждает, считает А.Куринный, и опубликованный на сайте Правительства РФ доклад Кабинета министров о ходе реализации и оценке эффективности государственных программ в 2016 г. Одного из ключевых показателей программы «Развитие здравоохранения», а также Майских указов Президента России – повышения медикам зарплат – удалось добиться только в случае со средним медицинским персоналом: зарплата медсестёр к концу прошлого года, как и предполагалось, составила 86,3% от средней по региону. В случае с врачами и младшим медперсоналом наблюдалась задержка роста. Так, врачи по итогам 2016 г. должны были получать 159,6% зарплаты от средней по региону, а получали в среднем около 155%.

«На недостижение планового значения повлияло, в частности, увеличение фактической средней заработной платы в регионах по сравнению с прогнозируемой при незначительном изменении уровня фактической заработной платы отдельных категорий медицинских работников от прогнозируемого», – констатирует правительственный доклад.

Вот и А.Куринный отмечает, что его встреча с коллегами-хирургами одного из ведущих региональных медучреждений показала, что, честно отработывая своё рабочее время (на ставку), хирург высшей категории со всеми положенными надбавками получает 13-15 тыс. руб. в месяц. «Если будет ещё на ставку дежурить (считай – жить на работе), может рассчитывать на 20-25 тыс. Очередная начинающаяся реформа системы оплаты труда в здравоохранении, когда несколько повышается оклад, но в расчёт остальных надбавок не берётся квалификационная категория, это лишь имитация бурной деятельности. Не меняя фонда оплаты труда, повысить зарплату нереально», – утверждает депутат.

Поэтому он и предлагает Минздраву ввести индикаторный показатель минимальной зарплаты медиков, ниже которой нельзя будет платить. «В целом пока получается, что государство делает вид, что платит зарплату, а специалисты – что на эту зарплату работают. Отсюда и неформальные поборы, и «загнанные» непомерной нагрузкой медработники, порой не оказывающие должного внимания своим пациентам. Система такое положение вещей не искореняет, а провозирует...» – уверен А.Куринный.

Алексей Владимирович знает о проблемах отечественного здравоохранения не понаслышке. В 1997 г. он окончил ульяновский филиал Московского государственного университета по специальности «лечебное дело», является кандидатом медицинских наук. Второе высшее образование – по специальности «юриспруденция». После окончания вуза 3 года работал хирургом поликлинического отделения Ульяновской городской больницы № 2, больницы скорой медицинской помощи Ульяновска, преподавал на кафедре госпитальной хирургии медицинского факультета Ульяновского государственного университета. С 2010 по 2013 г. был главным врачом Ульяновского

Романовской проверить начисление заработных плат работникам сфер образования и здравоохранения и сопоставить реальные цифры с целевыми показателями, которые были определены в этих указах.

Поводом послужили жалобы бюджетников на то, что суммы, получаемые ими на руки, далеки от цифр, зафиксированных официальной статистикой. «Зачастую нам предоставляют статистические данные, которые свидетельствуют о том, что средние показатели заработной платы в учреждениях образования и здравоохранения муниципальных образований выплываются. Однако, общаясь с младшим медицинским

«На здравоохранение в стране выделяется 3,4% ВВП, и эти цифры снижаются год от года, – продолжил С.Аксёнов. – В странах, с которыми мы хотим сравниться по уровню здравоохранения, выделяют по 9-10% и с каждым годом увеличивают долю. Мы получаем в 3 раза меньше. Если хотим сделать нормальное здравоохранение, дайте хотя бы половину – 5%. При нашей структуре здравоохранения, если её не разрушат, мы получим результаты гораздо лучше, чем там за 10%. Я дошёл свою позицию до руководства страны и до Минфина, который является источником неверной информации о состоянии здравоохранения и его финанси-

А в адрес медорганизаций деньги идут в рамках спонсорских соглашений по организации каких-либо мероприятий, осуществляются пожертвования, и выдаются гранты.

«В отличие от многих других стран, где требование о раскрытии информации о передаче ценностей в рамках взаимодействия фармацевтической индустрии и медицинского сообщества обязательно для всех производителей в силу закона, в России данная инициатива реализуется в качестве нормы саморегулирования и закреплена только в Кодексе надлежащей практики AIPM. И хотя пока она может кем-то трактоваться неоднозначно, тем не менее мы убеждены,

Острая тема

Чтобы не уповать на «спонсоров»...

Что происходит с реформой системы оплаты труда в здравоохранении?



Какой будет зарплата завтра?

областного клинического центра специализированных видов медицинской помощи.

Регионы ищут причины...

В начале июня 2017 г. губернатор Ульяновской области Сергей Морозов подписал указ о повышении заработной платы работникам бюджетной сферы региона на 15%. Как говорилось в сообщении областного правительства, на эти цели из бюджета региона выделено 700 млн руб., и зарплаты медиков должны были вырасти уже с 1 июля. Однако этого не произошло...

В Крыму также ищут причины отставания реальных зарплат от показателей Майских указов Президента РФ. Глава республики Сергей Аксёнов поручил министру труда и социальной защиты Елене

персоналом, преподавателями, видим, что фактические результаты далеки», – отметил С.Аксёнов.

По его словам, в первую очередь интересует процесс начисления средств в учреждениях здравоохранения и образования на местах. Поскольку, несмотря на то, что ранее был принят ряд мер по доведению защищённой части фонда оплаты до 60-70%, некоторые учреждения не придерживаются этих показателей.

«По итогам проверки мы должны точно знать, с какими законодательными инициативами выходить для внесения изменений в нормативные акты федерального законодательства, если основная причина в этом. Или же, если проблема в неправильном распределении стимулирующих выплат на местах, принять административные и управленческие решения», – подчеркнул глава Крыма.

рвании. Мы должны выйти из этого кризиса. Такое впечатление, что всё финансовое лобби ополчилось против здравоохранения. Да, сейчас стране трудно, но последнее, на чём надо экономить, – это здоровье и здравоохранение».

Доплата есть, но не для всех...

Несмотря на запрещение прямых выплат, фармацевтические компании выплатили за 2016 г. в пользу российских врачей и медицинских организаций более 7 млрд руб. Это следует из сообщения о платежах, осуществлённых в пользу специалистов и организаций здравоохранения, а также на разработки и исследования, которые опубликовали международные фармкомпании, входящие в Ассоциацию международных фармацевтических производителей. Если в 2015 г. общая сумма выплат составила 11,7 млрд руб., то в 2016 г. она выросла до 13,6 млрд. При том, что ещё несколько членов AIPM до сих пор не раскрыли эту информацию.

Речь, конечно, не идёт о прямых выплатах – они запрещены, отмечают эксперты. Фармкомпания раскрывают информацию о косвенных платежах и предпочитают называть их передачей ценностей. Как правило, речь идёт о конференциях и образовании. В единой форме отчёта есть графы выплат врачам, например «регистрационные взносы», «проезд и проживание» (эта графа заполняется редко). В основном за врачей вносят регистрационные взносы конференции и платят за оказание услуг и консультирование.

что это магистральный путь к развитию более цивилизованных отношений между фармотраслью и медицинскими работниками, а также повышению их взаимной ответственности перед обществом», – комментирует ситуацию исполнительный директор AIPM Владимир Шипков.

Все выплаты делятся на 3 группы: врачам, медицинским организациям и передача ценностей, связанная с исследованиями и разработками. Больше всего средства фармпроизводители направляют на разработки и исследования. Так, в 2016 г. международные фармпроизводители в России на эти цели направили 6,4 млрд руб., в 2015 г. – около 5 млрд. Платежи в пользу врачей в 2016 г. составили 3,3 млрд руб., это немного меньше по сравнению с предыдущим периодом (3,4 млрд), в пользу медорганизаций, напротив, выросли с 3,27 млрд в 2015 г. до 4,1 млрд в 2016 г.

Выплаты фармацевтических и биомедицинских компаний врачам в США, где их получает практически половина, оцениваются, кстати, в 2,4 млрд долл. Так называемые общие платежи составили 1,8 млрд, выплаты долевого участия в капитале компаний – 544 млн, исследовательские выплаты, указанные в письменном контракте, – 75 млн.

Так что, последовать примеру? Тем более что система аккредитации врачей, внедрение которой уже началось в прошлом году в России, решено проводить по международным стандартам – таким же, которые приняты в США и Европе.

Константин ШЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

Новости

Оказание доврачебной медицинской помощи – один из очень важных навыков, которыми должен обладать каждый человек, для этого надо знать, как выполнять определённый ряд действий до приезда скорой помощи.

Об этом специалисты Краевого центра медицинской профилактики рассказали представителям алтайских средств массовой информации.

– Каждый человек должен знать основы реанимационных действий до доврачебной помощи на период

Знания по неотложке – журналистам

ожидания машины скорой помощи. Они направлены на то, чтобы успеть человека вывести из состояния клинической смерти, – объяснил врач центра Игорь Берёзов. Он же и показал алгоритм действий по сердечно-лёгочной реанимации с помощью специального манекена-симулятора. После чего была проведена беседа по здоровому образу жизни.

Данные тренинги систематически проводятся учреждением в организованных трудовых коллективах, образовательных учреждениях, на массовых мероприятиях. Причём не только в Барнауле, но и в отдалённых сёлах и районах Алтайского края, куда еженедельно выезжают специалисты. Таким образом, центром налажена масштабная работа по инфор-

мированию населения способам оказания доврачебной помощи: проводится обучение различных групп населения основам оказания неотложной само- и взаимопомощи при жизнеугрожающих состояниях (гипертонический криз, острое нарушение мозгового кровообращения, сердечный приступ, острая сердечная недостаточность).

Центр медицинской профилактики также разработал буклеты с алгоритмами само- и взаимопомощи при жизнеугрожающих состояниях. Они отправлены в краевые медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь населению.

Наталья ВДОВИНА,
внешт. корр. «МГ».
Барнаул.

Всего на закупку современного медицинского оборудования в Подмосковье на нынешний год выделено свыше 5 млрд руб. Об этом сообщил министр здравоохранения Московской области Дмитрий Марков по итогам заседания правительства региона.

«Деньги будут потрачены на покупку тяжёлого оборудования. Это компьютерные томографы, рентгеноаппаратура, маммографы и большое количество продукции, которая связана с порядком оказания медицинской помощи, где иногда требуется маленький ЭКГ, но очень важный для конкретного лечебного учреждения. Количество всей аппаратуры, которую мы закупаем, исчисляется в тысячах», – сказал Д.Марков.

Министр также отметил, что в следующем году планируется выделить столько же средств на приобретение медицинского оборудования. «По трёхгодичному бюджету у нас такая же сумма запланирована, сейчас как раз верстаётся план, в перечне – какое оборудование нам нужно и какой капитальный ремонт будем проводить», – добавил министр.

Примечательно, что в рамках программы проведения работ по капитальному ремонту объектов здравоохранения власти Подмосковья уделяют приоритетное внимание учреждениям туберкулёзного и психиатрического направлений. «В следующем году мы завершаем приводить в порядок взрослые поликлиники, на детские ориентировались в 2016-2017 гг. Объекты специализированного профиля – психиатрии и фтизиатрии – требуют определённой

Итоги и прогнозы

Солидные инвестиции дают высокие результаты

Подмосковный сегмент отрасли «набирает обороты»



А.Воробьев

подготовки, потому что здания и санитарные правила совершенно другие», – акцентировал внимание собравшихся Д.Марков.

В свою очередь, губернатор Московской области Андрей Воробьев поручил главам муниципальных образований и ответственным лицам ежемесячно докладывать о ходе проведения капитального ремонта на объектах здравоохранения.

«Сегодня мы находимся на такой стадии, когда разумно проектировать поэтапно, приводить все

объекты здравоохранения к современному качественному уровню», – заявил А.Воробьев, добавив, что в Подмосковье выделяются финансовые средства на оснащение больниц и поликлиник необходимым медицинским оборудованием.

Наряду с этим в ходе заседания было подчеркнuto, что по состоянию на нынешний день почти 100 объектов здравоохранения Московской области, требовавших проведения капитального ремонта, полностью отремонтировано.

«На 93 таких объектах уже налажена медицинская помощь населению», – сказал Д.Марков. – По итогам проведения инвентаризации было зафиксировано 1,2 тыс. зданий из 2,8 тыс., которые требуют проведения соответствующих работ. Согласно материалам, среди общего числа устаревших объектов 409



Д.Марков

зданий поликлиник и 291 стационаров».

Министр также уточнил, что до конца лета нынешнего года планируется завершить работы на 17 объектах, в сентябре – на 25, в октябре – на 30, ещё 54 объекта будут отремонтированы в ноябре. «Самым результативным у нас будет декабрь – 91 объект», – добавил Д.Марков.

Министр подчеркнул, что больше всего средств в ремонт объектов здравоохранения вкладыва-

ется в городах Балашиха и Коломна; наибольшее количество объектов, требующих восстановления, находится в Сергиево-Посадском районе и Балашихе.

«Всего на территории Подмосковья в нынешнем году планируется завершить капитальный ремонт 310 объектов здравоохранения, ещё 90 отремонтируем в 2018 г., – сказал в заключение заседания А.Воробьев. – Мы реализуем масштабную трёхлетнюю программу. Нас поддержали депутаты Мособлдумы, в результате были существенно увеличены ассигнования на капитальный ремонт всех без исключения поликлиник и стационаров области. Это тоже требует профессионального подхода, как по организации торгов, подбора подрядчика, так и по качеству ремонтных работ».

Матвей ШЕВЛЯГИН.

Угроза

Клещевой тиф уже рядом

Диапазон болезней расширяют лесные насекомые

Несмотря на то, что число обитавших в медуз учреждениях страны по поводу присасывания клещей на сегодня приближается к полумиллиону, это соответствует показателям последних 5 лет. Однако сибирские учёные обнаружили новую разновидность заболевания, которую эти опасные насекомые передают людям.

Как сообщает Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, на август в медицинские организации обратились с укусами клещей более 433 тыс. человек, что соответствует среднемуголетним уровням. Наибольшее количество пострадавших зарегистрировано в Кемеровской, Свердловской, Томской, Новосибирской, Тюменской, Челябинской областях, в Красноярском крае, Удмуртской Республике, Республике Башкортостан. В Кировской области количество таких пациентов снизилось в 1,6 раза, Вологодской – в 1,4.

Выявлено 1129 случаев заболевания клещевым вирусным энцефалитом и 3017 – клещевым иксодовым боррелиозом.

В рамках профилактических и противоэпидемических мероприятий специалистами Роспотребнадзора акарицидные обработки проведены на 230 тыс. га, выполнение плана обработок – 167%. В каждом субъекте РФ в федеральных бюджетных учреждениях здравоохранения службы и её филиалах открыты пункты по приёму и проведению исследований клещей на предмет их заражённости вирусом клещевого вирусного энцефалита и боррелиями (возбудителями боррелиоза).



Учёные обнаружили новую разновидность клещевого тифа

Кроме этих заболеваний, клещи, как известно, являются переносчиками моноцитарного эрлихиоза человека и гранулоцитарного анаплазмоза человека. Но учёные Института химической биологии и фундаментальной медицины Сибирского отделения РАН и Новосибирского государственного университета обнаружили новую разновидность клещевого тифа, которую эти опасные насекомые передают людям.

«В больницах диагноз «рикетсиоз» чаще всего ставится на основе клинических проявлений, поскольку большинство клещевых риккетсиозов имеет характерную симптоматику», – отмечается в сообщении специалистов университета. Ранее этот специфический клещевой тиф на территории региона не выявлялся, однако его симптоматика настолько стёрта, что обнаружить это заболевание у пациента врачам достаточно тяжело. Обычно он даёт лишь

небольшое повышение температуры.

До недавнего времени считалось, что единственным встречающимся в Западной Сибири заболеванием из группы риккетсиозов является сибирский клещевой тиф, который характеризуется высокой температурой и появлением сыпи. Вид бактерий, которые вызывают это заболевание, был открыт в 1999 г., однако до недавнего времени считалось, что клещи не могут передавать это заболевание людям. Однако в 2012 г. в Китае были зафиксированы первые случаи заражения.

Носителями возбудителей клещевого тифа являются сельскохозяйственные животные, а также дикие копытные и грызуны. Через их кровь инфекция передаётся клещу, а тот при укусе человека заражает свою жертву.

Иван МЕЖГИРСКИЙ.

МИА Сити!

Тенденции

Согласно проекту, здесь появится корпус практически равный по площади существующему зданию. В нём разместятся кабинеты приёма врачей, которые будут соответствовать современным стандартам оказания медицинской помощи.

система переходов внутри всей больницы.

«Войдя в поликлинику, можно будет спокойно дойти до 11 корпуса, – пояснила заместитель главного врача больницы по поликлиническому разделу работы Ия Сапожникова, – это очень важно, особенно учитывая

Врачебный приём в условиях стройки

В Челябинской областной клинической больнице идёт масштабная реконструкция консультативной поликлиники

Если ранее поликлиника была рассчитана на 500 посещений в смену, то теперь их станет вдвое больше. Увеличится и количество наиболее востребованных специалистов. Потребность области в тех или иных медработниках анализируется ежемесячно, и по итогам такого мониторинга штатное расписание периодически меняется.

Сегодня приём населения в консультативной поликлинике больницы ведут 65 специалистов по 35 специальностям. Планируется, что после реконструкции количество кабинетов врачебного приёма увеличится с 75 до 150.

После реконструкции, в рамках так называемой свободной регистратуры, на каждом этаже будет регистратор, чтобы пациент, выйдя из кабинета врача, сразу мог записаться на консультацию к любому специалисту, если требуется.

Здание будет примыкать к административному корпусу, а от него, в свою очередь, появится переход в третий корпус. Таким образом, получится замкнутая

наши погодные условия – снег, гололёд, морозы. Исчезнет необходимость врачам-консультантам лишней раз одеваться, обуваться, чтобы дойти со своего основного рабочего места в поликлинику на консилиум».

Предусмотрено оснащение нового здания и кабинетов, которые подвергнутся реконструкции. Специалисты надеются, что здесь появится современный рентгеновский аппарат.

Окончание работ по графику было запланировано на ноябрь этого года. Но пока строители сообщают, что здание будет готово к эксплуатации не раньше марта 2018 г.

Проведение реконструкции консультативной поликлиники областной клинической больницы должно увеличить доступность специализированной медицинской помощи населению Челябинской области и улучшить комфортность пребывания пациентов.

Наталья МАЛУХИНА,
вент. корр. «МГ».

Челябинск.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 57 (2087)

Кашель (tussis) – форсированный трёхфазный экспираторный манёвр, обычно при закрытых голосовых связках, который сопровождается характерными звуками.

Эпидемиология

Больные с жалобой на кашель – одни из частых посетителей врача первичного звена, особенно в осенне-зимний период. Хроническим кашлем страдают 10-20% взрослых. У 10-38% больных, направленных к пульмонологу, фигурирует кашель неизвестной причины. Распространённость респираторных жалоб варьирует в разных социальных и возрастных группах; достигает во взрослой популяции 40-48%, увеличивается с возрастом, выше среди курильщиков и лиц, работающих в условиях пылевого загрязнения.

Пилотное исследование, проведённое по протоколу GARD (Global Alliance against Chronic Respiratory Diseases, Глобальный альянс по проблеме заболеваний органов дыхания), под руководством НИИ пульмонологии и СЗ России выявило, что частота жалоб на кашель увеличивается с возрастом ($r = 0,89$; $p < 0,001$), возраст появления постоянного кашля среди опрошенных приходится в среднем на $44,5 \pm 0,5$ года.

Патофизиология кашля

В большинстве случаев кашель – защитный сложнорефлекторный акт, задача которого – удаление из дыхательных путей мокроты, частиц пыли и дыма. Кашель появляется, когда «эскалаторный» механизм перестаёт справляться со своей функцией.

Рефлекторная дуга кашля. Кашлевой рефлекс включает в себя 5 компонентов:

1. Кашлевые рецепторы – рецепторы блуждающего нерва в кашлевых рефлексогенных зонах (задняя поверхность надгортанника, передняя межчерпаловидная поверхность гортани, область голосовых складок и подскладочного пространства, бифуркация трахеи, устья долевых, сегментарных бронхов), стимулирующиеся медиаторами воспаления; быстро реагирующие (ирритантные) рецепторы (между эпителиальными стенками воздухоносных путей), стимулирующиеся вдыханием пыли, газов, холодного воздуха; и другие участки (наружное ухо, кашлевые рецепторы носа, плевра: прикорневые участки и рёберно-диафрагмальный синус, кашлевые рецепторы диафрагмы, перикарда, пищевода). Воспринимают раздражение и передают импульс на афферентные нервы.

2. Афферентные нервы – чувствительные ветви блуждающего нерва, передающие возбуждение в центр кашля.

3. Медуллярный кашлевой центр находится в продолговатом мозге. При участии полисинаптических связей ретикулярной формации организует сложно скоординированную реакцию мышц-эффекторов через эфферентные нервы.

4. Эфферентные нервы – глоссофарингеальный нерв, диафрагмальный нерв, тройничный нерв передают импульс на мышцы-эффекторы.

5. Эффекторы (дыхательные мышцы) – мышцы бронхов, гортани, грудной клетки, живота, диафрагмы реагируют на импульс рефлекторным сокращением.

Основные раздражители кашлевых рецепторов:

- ✓ Изменения во вдыхаемом воздухе (колебания температуры и влажности – холодный или сухой воздух)

- ✓ Поллютанты (дым, пыль, крошки во вдыхаемом воздухе)
- ✓ Мокрота
- ✓ Назальная слизь
- ✓ Аллергены
- ✓ Воспаление
- ✓ Механическое воздействие (иностранное тело, давление опухоли)
- ✓ Гипервентиляция
- ✓ Гипероксия
- ✓ Гастроэзофагеальный рефлюкс
- ✓ Лекарства: иАПФ, β -блокаторы, цитостатики
- ✓ Формирование кашлевого рефлекса контролируется корой головного мозга,

трахеи, гортани и зёва и продвигает их к трахее и гортани.

Выдох воздуха сопровождается характерным звуком, возникающим за счёт вибрации голосовых складок и стенок гортани и трахеи. Эта вибрация способствует отделению слизи от стенок дыхательных путей и созданию взвеси секрета в выделяемом воздухе.

После фазы стремительного выдоха завершается одиночный акт кашля, который может повториться несколько раз (кашлевой реприз).

Различают физиологический и патологический кашель. Физиологический кашель обеспечивает механизм выведения трахеобронхиального секрета. Патологический, или неадекватный тяжёлый кашель вызывает многочисленные осложнения.

Физиологический кашель. При накоплении избыточного количества трахеобронхиального секрета мукоцилиарный аппарат осуществляет

перемещение слизистой плёнки со скоростью около 6 мм/мин., вынося из дыхательных путей частицы пыли, микрогранулы, клеточные элементы (мукоцилиарный клиренс).

Патологический (неадекватный) кашель не всегда выполняет защитную функцию: чем он тяжелее, тем выше риск осложнений. В патогенезе кашля развивается «порочный круг»: «сам кашель ведёт к кашлю», «кашель повышает ирритацию, а ирритация ведёт к повышению кашля».

Скелетно-мышечные: миалгии в области грудной клетки и брюшного пресса, увеличение паховых и формирование диафрагмальных грыж, боли в области живота по ходу анатомической проекции диафрагмы («диафрагмальные боли»), гематомы брюшной стенки, повреждение диафрагмы, разрывы мышечных волокон в прямых мышцах живота (например, передней зубчатой мышцы) и даже переломы рёбер.

Биохимические: асимптомное повышение креатинфосфокиназы.

Кожные: петехии и пурпуры.

Психосоциальные: ухудшение качества жизни (КЖ) пациента, которое может быть сравнимо с таковым при тяжёлой ХОБЛ, нарушение сна и питания, снижение физической и интеллектуальной активности больных, страх серьёзной болезни.

Урогенитальные: недержание мочи.

Диагностика и лечение кашля в общей врачебной практике

Клинические рекомендации

он может быть подавлен или вызван произвольно, раздражением рецепторов, расположенных вне органов дыхания.

По мнению многих авторов, акт кашлевого толчка складывается из стадий: Голосовая щель закрывается; **начальная, инспираторная стадия** – кашлевое раздражение с субъективным чувством «трахеобронхиального зуда», за которым следует ощущение в необходимости кашля. Рефлекторное открытие голосовой щели, глубокий вдох. Под действием брюшного пресса и диафрагмы давление в грудной клетке быстро поднимается, достигается максимальный объём лёгких. Это фаза напряжённого выдоха при замкнутой голосовой щели и сокращённых бронхах. Внутригрудное давление достигает 140 мм рт.ст. и более. Длительность фазы около 2 секунд.

Компрессионная стадия. Начинается с плотного смыкания голосовых складок. Активно сокращаются экспираторные мышцы, возрастает внутригрудное или внутриплевральное давление.

Экспираторная стадия (фаза собственно откашливания). На фоне продолжающегося сокращения грудных и брюшных мышц внезапно раскрывается голосовая щель, происходит стремительный толчкообразный выдох через рот. Брюшные мышцы создают главную движущую силу, что вызывает повышение внутрибрюшного давления, которое остаётся повышенным приблизительно 0,5 секунды. Носовая полость закрывается мягким нёбом.

Повышается внутригрудное давление, которое при спокойном дыхании составляет 2-7 мм рт.ст., при кашле достигает 250-300 мм рт.ст., а для эффективного откашливания необходимо его повышение минимум до 40 мм рт.ст. Скорость движения воздуха в дыхательных путях в 20-40 раз выше, чем при обычном дыхании: в трахее, средних и крупных бронхах 30-40 м/с, в голосовой щели – 50-120 м/с; объёмная скорость воздушного потока 12 л/с. Быстрая смена давления и скорости воздуха в дыхательных путях отрывает от бронхов мокроту, инородные тела, слизисто-гнойные массы из бронхов,

перемещение слизистой плёнки со скоростью около 6 мм/мин., вынося из дыхательных путей частицы пыли, микрогранулы, клеточные элементы (мукоцилиарный клиренс).

Патологический (неадекватный) кашель не всегда выполняет защитную функцию: чем он тяжелее, тем выше риск осложнений. В патогенезе кашля развивается «порочный круг»: «сам кашель ведёт к кашлю», «кашель повышает ирритацию, а ирритация ведёт к повышению кашля».

Среди осложнений хронического кашля выделяют:

Респираторные осложнения: бронхоконстрикция, спонтанный пневмоторакс, эмфизема лёгких, хронический ларингит, лёгочные кровотечения, пневмомедиастинум, пневмоперитонеум, кровохарканье.

Гемодинамические осложнения: тромбоэмболия лёгочной артерии, гипотония, гипертензия в малом круге кровообращения, лёгочное сердце (даже эпизодический кашель повышает давление в правых отделах сердца), снижение артериального и повышение венозного давления крови, возможно нарушение ритма сердца.

Церебральные: гемодинамические эффекты могут заканчиваться обмороком – беттолепсией. Обморокам способствуют алкогольная, никотиновая интоксикация. Повторяющиеся приступы беттолепсии приводят к накоплению миниатюрных структурных изменений головного мозга. Ухудшение церебральной гемодинамики может быть причиной головных болей и головокружения. Повышение венозного давления в момент пароксизма кашля может явиться причиной церебральной аполексии.

Кровоизлияния: мелкие кровоизлияния в системе бронхиальных вен, как редкие осложнения описываются кровоизлияния в головной мозг и сетчатку глаза у пациентов, имеющих сосудистую патологию. Повышение венозного давления в момент пароксизма кашля может явиться причиной субконъюнктивальных кровоизлияний, анального кровотечения.

Желудочно-кишечные: поврежде-

ние селезёнки, рвота, гематомы окололоректального пространства.

Ассоциированные с кашлем синдромы: одышка и свистящее дыхание; мокрота; кровохарканье и лёгочное кровотечение.

Коды по МКБ-10
R05 Кашель,
R04.2 Кровохарканье,
F45.3 Психогенный кашель.

Классификация

В современной литературе выделяют следующие типы кашля:

- по времени возникновения: утром, днём, вечером, ночью;
- по периодичности: частый, периодический, постоянный, приступообразный, болезненный, безболезненный;
- по характеру: непродуктивный (сухой), продуктивный (влажный);
- по интенсивности: покашливание, лёгкий, сильный;
- по звучности: беззвучный, покашливание, грубый;
- по продолжительности: эпизодический кратковременный или приступообразный постоянный;
- по течению: острый до 3 недель, подострый от 4 до 8 недель, хронический более 8 недель.

Частота и интенсивность кашля обусловлены силой раздражителя, его локализацией и возбудимостью кашлевых рецепторов, фазы течения болезни и характера патологического процесса. Частый, относительно постоянный или устойчиво повторяющийся кашель – симптом хронических заболеваний органов дыхания.

Факторы и группы риска

Факторы риска:

- частое и длительное пребывание в запылённом помещении, в помещении, содержащем взвесь химических продуктов, порошков, муки;
- нарушение санитарно-гигиенических правил уборки и содержания помещения;

(Продолжение на стр. 8-10)

(Продолжение. Начало на стр. 7)

- профессиональные вредности;
- курение;
- переохлаждение;
- сезонность (весна, осень);
- наличие в анамнезе хронических заболеваний дыхательных путей: верхних (аденоиды, серная пробка, длинная увула, хронический синусит) и нижних (бронхоэктазы, трахеобронхиальная дискинезия);
- наличие в анамнезе хронических заболеваний других систем: острая левожелудочковая недостаточность вследствие ишемической болезни сердца; ГЭРБ; психические нарушения;
- приём лекарственных препаратов (иАПФ, β-блокаторы, цитостатики). Наличие гельминтозов (аскаридоз, токсокароз).

Факторы, влияющие на интенсивность и характер кашля:

- поллютанты, дымы, запахи, аллергены, метеофакторы.

Группы риска:

- ✓ Дети, посещающие образовательные учреждения
- ✓ Работающие в закрытом, малопрветриваемом помещении и скученном коллективе
- ✓ Имевшие контакт с инфекционным больным
- ✓ Наличие аллергических заболеваний у родных.

Причины возникновения острого кашля:

1. Инфекции: болезни органов дыхания:
 - а) ОРВИ и грипп;
 - б) острый бронхит;
 - в) пневмония;
 - г) коклюш;
 - д) постинфекционный кашель.
 Вдыхание раздражающих веществ (дым, пыль).

2. Аспирация инородного тела.

Причины возникновения хронического кашля (С.Овчаренко, 2006):

- синусит и аденоидит – 29%;
- БА – 26%;
- сочетание БА и синусита – 18%;
- хронический бронхит – 12%;
- ГЭРБ – 10%.

Другие причины: рак лёгкого или хронические болезни ВДП; левожелудочковая недостаточность, возникающая на фоне ИБС или пороков сердца; психические нарушения в сочетании со стрессовыми ситуациями (например, при выступлении перед большой аудиторией); приём некоторых лекарственных препаратов (иАПФ, β-блокаторов, цитостатиков) – 5%.

Принципы диагностики кашля у взрослых в амбулаторных условиях

В ОВП правильный диагноз ставится только по данным расспроса (жалобы, анамнез) у 45-50% больных; расспроса и физикальных методов у 80-85% больных. Лишь у 15-20% пациентов для постановки диагноза необходимо углублённое лабораторное и инструментальное исследование. R.Irwin и соавт. (1977) считают, что наиболее часто причины кашля могут быть установлены путём расспроса и физикального обследования пациента.

Для диагностики кашля проводится классический расспрос и осмотр пациента. Цель расспроса – исключить основные группы заболеваний как причины кашля. Для этого определяются возраст и пол пациента, характеристики кашля; анамнез настоящего заболевания: выясняются основные и второстепенные жалобы, особенно о дебюте болезни, клинике обострений, ремиссий, госпитализациях, эффектах лечения, динамике болезни; профессиональные вредности (с точкой приложения – дыхательные пути), увлечения, домашние животные; семейный анамнез; перенесённые ранее заболевания, операции; лекарствен-

Вероятные нозологии в зависимости от характера кашля и мокроты

Характер кашля	Возможная причина
Громкий, звучный	Трахеит, бронхит, сдавление трахеи (например, опухоль)
Грубый, лающий	Поражение гортани (круп)
Приступообразный кашель с длинными глубокими вздохами	Коклюш
Болезненный	Трахеит
Утренний кашель	Бронхоэктазы, хронический бронхит, желудочно-пищеводный рефлюкс
Ночной кашель	Бронхиальная астма, сердечная недостаточность, синусит, хронический бронхит, коклюш
Кашель и свистящее дыхание	Бронхиальная астма
Кашель и одышка	Бронхиальная астма, хронический бронхит, сердечная недостаточность
Характер мокроты	Возможная причина
Слизистая (белесоватая, прозрачная)	ОРВИ
Гнойная (жёлто-зелёная, содержит много лейкоцитов)	Бактериальные инфекции дыхательных путей
Тягучая, стекловидная	Бронхиальная астма
Ржавого цвета	Сердечная недостаточность
С прожилками крови	Пневмония, рак лёгкого, туберкулёз
Розовая, пенистая	Отек лёгкого
Гнойная, зловонная, в большом количестве	Абсцесс лёгкого, бронхоэктазы

ный, аллергологический, гемотрансфузионный анамнез.

Обязательные вопросы:

Как давно появился кашель?
Кашель сухой или с мокротой?
Какое количество мокроты отделяется за сутки?
Каков характер мокроты?
Отмечалась ли в мокроте примесь крови?

Есть ли выделения из носа?
Связана ли работа с профессиональными вредностями?

Имеются ли среди родных длительный кашель, туберкулёз, рак, БА?

Приём ингибиторов АПФ, β-блокаторов, цитостатиков?

В истории жизни особое внимание уделяется образу жизни (вредным привычкам). Чаще всего появлению кашля предшествует курение по крайней мере 20 сигарет в день на протяжении 20 и более лет.

Амбулаторное мониторирование кашля – наиболее перспективный метод объективной оценки кашля. Выраженность симптома определяют шкалами, дневниками самонаблюдения, вопросниками по оценке кашля (Leicester Cough Questionnaire, LCQ), визуально-аналоговыми шкалами (ВАШ – линейка длиной 100 мм, на которой пациент обозначает степень тяжести кашля: 0 мм соответствует отсутствию кашля, 100 мм – самому сильному кашлю. Такая ВАШ хорошо воспроизводима в течение 2 недель, хорошо применима у больных с кашлем на фоне ХОБЛ и высокочувствительна, когда используется как показатель исхода. Установлена достоверная корреляция оценки кашля по ВАШ с КЖ, связанным с кашлем, но отсутствует корреляция с чувствительностью кашлевого рефлекса).

Физикальное обследование. В диагностике последовательно рассматриваются все анатомические области, где локализуются рецепторы и афферентные нервные пути блуждающего нерва и его ветвей; производится осмотр и обследование полости рта, носа и его придаточных пазух, ушей, гортани, дыхательной и сердечно-сосудистой системы.

Только кашлем наиболее часто могут проявляться: инфекции (острый бронхит, внебольничные пневмонии, туберкулёз); аспирация инородного тела; анафилаксия; интерстициальные заболевания лёгких; опухоль, аневризма аорты.

Если при остром кашле появляются дополнительные симптомы: одышка,

лихорадка, боль в грудной клетке, потеря веса, необходимо проведение рентгенографии органов грудной клетки в двух стандартных проекциях. Если появляется кровохарканье, то необходимо проведение рентгенографии органов грудной клетки в двух стандартных проекциях и бронхоскопии.

При нормальной рентгенограмме грудной клетки причинами кашля могут быть: ОРВИ (вызванные респираторно-синцитиальным вирусом, риновирусом, вирусом гриппа, вирусом парагриппа, аденовирусом, респираторным коронавирусом, метапневмовирусом); острый бронхит; аспирация инородного тела; ингаляция токсических газов.

Причинами хронического кашля при нормальной рентгенограмме грудной клетки могут быть:

- интраторакальные причины: ХОБЛ; БА; карцинома центральных бронхов; эндобронхиальный туберкулёз; бронхоэктазия; левожелудочковая недостаточность; интерстициальные заболевания лёгких; муковисцидоз;
- внеторакальные причины: постназальный затёк; ГЭРБ; лекарственная терапия (например, иАПФ).

Алгоритм диагностики пациента при хроническом кашле:

1. При анамнезе и физикальном обследовании найдены предположительные причины кашля (вредные факторы, болезни ВДП, болезни НДП, ГЭРБ). Вмешательство: устранение раздражающего фактора или лечение основного заболевания.

2. Дальнейшая тактика определяется полученным результатом терапии. Если есть улучшение, то дополнительное обследование не требуется, следует продолжать успешную терапию. Если улучшения нет, или не найдены предположительные причины кашля, или недавно перенесена ОРВИ, то проводится спирометрия.

3. Проведение спирометрии:

- а) если по результатам спирометрии выявлена обратимая обструкция бронхов, то установлен диагноз БА (кашлевой вариант);

- б) если по результатам спирометрии обратимой обструкции не выявлено, то необходима рентгенография грудной клетки.

4. При проведении рентгенографии грудной клетки возможны варианты результатов:

- а) если получен нормальный результат, то проводится рентгенография придаточных пазух носа для под-

тверждения диагноза «синусит» и последующего его лечения. Если после лечения улучшения нет, проводится ингаляционный провокационный тест с метахолином для диагностики кашлевого варианта БА;

б) паренхиматозное заболевание лёгких;

в) объёмное образование.

5. Проведение пробы с метахолином:

а) положительная проба – установлен диагноз БА;

б) отрицательная проба – провести суточную пищеводную pH-метрию для подтверждения ГЭРБ.

К сожалению, в 23% случаев причину хронического кашля установить невозможно, и лечение проводится симптоматически.

Критерии ранней диагностики

Внезапный кашель (в течение нескольких секунд) является неотложной ситуацией, так как чаще всего вызван попаданием инородного тела в дыхательные пути. Может сопровождаться признаками асфиксии (синюшность лица, нарушение сознания, затруднение дыхания, потеря голоса). Если предмет маленьких размеров, то спустя некоторое время острый кашель может пройти. Если не было обнаружено (изгнано) инородное тело, есть основания считать, что оно проникло в бронх. Принимаются меры для его обнаружения и извлечения (бронхоскопия, рентгенография лёгких).

При попадании в дыхательные пути крупного инородного тела неотложной помощью является извлечение его пальцем изо рта. Если тело не найдено, необходимо немедленно положить пациента лицом вниз и совершить несколько ритмичных толчкообразных ударов основанием ладони по области между лопаток. Удар должен быть скользящим (снизу вверх: из межлопаточной области в сторону головы).

Ниже приводятся основные характеристики кашля при различных нозологиях.

Острый кашель:

- при гриппе – сухой, мучительный, упорный, на фоне высокой температуры (поражаются гортань, трахея и бронхи, не характерен ринит или конъюнктивит);
- при парагриппе – сухой и глубокий, как при гриппе, но присутствует субфебрильная температура тела и выраженный насморк;

- на фоне ОРВИ – в течение часов – дней развивается интоксикационный синдром, фебрильная или субфебрильная температура тела, признаки поражения практически всей протяжённости дыхательных путей: ВДП (ринит, фарингит, ларингит, трахеит, бронхит), возможно НДП (бронхиолит, пневмония); с течением времени смена характера кашля (сухого на влажный);

- при фарингите – мучительное першение, покалывание или боль в горле, вынуждающие больного покашливать, как бы избавляясь от «застывшего в горле комка»;

- при ларингите – мучительный, сухой лающий, сопровождается осиплостью или охриплостью голоса. Возможно острое сужение гортани (круп), сопровождающиеся затруднённым свистящим дыханием;

- при трахеите – громкий, глубокий, сопровождается выраженной болезненностью за грудиной;

- при бронхите – грудной, громкий, начинается с повышения температуры, не болезненный, сопровождается обильным выделением слизистой мокроты; при осмотре – распространённые влажные хрипы;

- при бактериальной пневмонии – глубокий, влажный с выделением мокроты, возможна болезненность (при плевропневмонии) в рёберной области, сбоку или сзади, провоцируется глубоким вздохом, уменьшается при положении больного на больном боку;

- при хламидийной пневмонии – сухой, звонкий, высокий, приступообраз-

ный с незначительным повышением температуры;

– при плеврите – сухой, без выделения мокроты и очень болезненный; усиливается при глубоком вдохе, может перейти в одышку (если сопровождается плевральным выпотом);

– при коклюше и паракоклюше – зависит от этапа болезни и иммунного статуса. Необходимо серологическое подтверждение диагноза. У непривитых сначала сухой, мучительный непродуктивный кашель, возникающий к вечеру или ночью. Самочувствие нормальное, температура тела не повышается. Затем кашель становится приступообразным. Приступы тяжёлого кашля следуют один за другим, отделяясь друг от друга судорожным вздохом, заканчиваются рвотой и отхождением небольшого количества густой мокроты. У привитых болезнь протекает в стёртой форме, сопровождается сухим покашливанием, длящимся длительное время. Такое течение не опасно для пациента, но пациент является источником инфекции для других;

– при аскаридозе – кашель встречается в фазу лёгочной миграции личинок аскарид. Кашель сухой, усиливается ночью, с повышением температуры тела, аллергическими высыпаниями на коже, иногда появлением крови в мокроте. Высокая эозинофилия крови.

Хронический кашель:

– при ХОБ – длительный продуктивный кашель на фоне повышенной температуры тела, ринита, першения в горле;

– при БА – эпизоды кашля повторяются 3-4 раза в год, возникают при каждом эпизоде ОРВИ или провоцируются аллергенами, физической или холодовой нагрузкой, в ночное время, ближе к утру, сопровождаются чувством затруднения дыхания, хорошо реагируют на ингаляционные бронходилататоры. Характер кашля – малопродуктивный с выделением небольшого количества слизистой вязкой мокроты;

– при туберкулёзе лёгких – постоянное покашливание или сухой кашель с незначительным субфебрилитетом к вечеру, похуданием;

– при бронхоэктазах – приступы кашля с гнойной обильной зловонной мокротой;

– при муковисцидозе – кашель сопровождается выделением густой мокроты;

– при ГЭРБ – кашель возникает преимущественно ночью, без отделения мокроты, сопровождается болью и чувством жжения за грудиной или в подложечной области, изжогой ночью и утром;

– при папилломатозе гортани – сухой постоянный кашель;

– при раке лёгких – мучительный кашель с болями в грудной клетке, кровохарканьем, одышкой, похудением;

– при левожелудочковой недостаточности, возникающей на фоне ИБС или пороков сердца, – кашель сопровождается отделением слизистой мокроты, с примесью крови и другими признаками сердечной недостаточности: одышкой, отёками, слабостью;

– при приёме некоторых лекарственных препаратов (иАПФ, β-блокаторов, цитостатиков) – кашель сухой, особенно в вечернее время, исчезает после отмены препаратов;

– при психогенном кашле – он постоянный, навязчивый, без видимой причины (ОРВИ, грипп), не сопровождается другими симптомами, возникает при стрессовых ситуациях (например, при выступлении перед большой аудиторией), высокий и частый (5-7 раз в минуту), исчезает ночью, во время еды или разговора.

Наличие значительного количества мокроты обычно характерно для первичной лёгочной патологии.

Общие принципы терапии в амбулаторных условиях

Базовый алгоритм лечения пациента в ОВП России разработали Б.Мовшович (1996), И.Денисов, Б.Мовшович (2001, 2003, 2005).

В экстремальной клинической ситуации выставляется достоверный синдромный диагноз, вероятный нозологический. Далее оказывается помощь в объёме догоспитального этапа и решаются вопросы госпитализации «по назначению».

После выписки пациента из стационара и в плановой ситуации (когда нет необходимости в оперативном лечении, пребывании в отделении интенсивной терапии, до вмешательства) выставляется структурированный клинический диагноз (основное заболевание – «проблема пациента», фоновые и сопутствующие болезни), определяется психологический и социальный статус. Далее решается, что опаснее – болезнь или активное вмешательство в её течение. При необходимости вмешательства выбирается метод моно- или политерапии.

После выздоровления или ремиссии разрабатывается комплекс мер поддерживающей терапии, программы семейной профилактики и семейного воспитания.

Лечение острых болезней проводится до выздоровления (профилактика хронизации).

Лечение хронических болезней проводится базисной поддерживающей терапией до достижения конечного результата в виде стойкой клинической ремиссии, полного психологического и социального благополучия.

Оценка пациента с кашлем на амбулаторном приёме

Клинический алгоритм для врачей общей практики.

Пациент с «проблемой здоровья» – острый кашель в общей врачебной практике.

1. В соответствии с презумпцией наивысшей опасности для больного исключить жизненно и социально опасные болезни, при которых пациент направляется к профильному специалисту (аспирация инородного тела, анафилактические состояния, опухоль, аневризма аорты, туберкулёз лёгких, рак лёгкого).

2. Исключить психогенный кашель (острая реакция на стресс), лечение у профильного специалиста.

3. Ранжировать остальных пациентов после скрининга по подгруппам в соответствии с клиническими рекомендациями Европейского респираторного общества по оценке кашля (2009).

Ранжирование пациентов:

– пациент, перенёсший ингаляции высоких концентраций раздражающих веществ (сажа, кислоты, аммиак, дым, токсические пыли и газы);

– пациент с острой инфекционной патологией верхних дыхательных путей (грипп, ОРВИ, острый бронхит);

– пациент с острой инфекционной (грипп, острый бронхит, коклюш, внебольничная пневмония, плеврит) и неинфекционной (интерстициальные заболевания лёгких) патологией нижних дыхательных путей;

– пациент с ятрогенными причинами кашля (побочное действие лекарств).

4. Верифицировать диагноз общепрактикующего врача:

– физикальный (нозонология, ведущий синдром («проблема пациента»), форма, стадия болезни);

– психологический статус (тип отношения к болезни, тревожность, уровень кооперации) как меру индекса кооперации;

– социальный статус (малообеспеченный, среднеобеспеченный, высокообеспеченный) как меру стоимостной характеристики вмешательства.

5. Программы вмешательства ВОП:

Лечение (базовые схемы согласно стандартам оказания помощи в зависимости от нозологии).

Семейная профилактика.

Семейное воспитание.

Клинический алгоритм для врачей общей практики.

Пациент с «проблемой здоровья» – хронический кашель в общей врачебной практике.

В соответствии с презумпцией наивысшей опасности для больного исключить жизненно и социально опасные болезни, при которых пациент направляется к профильному специалисту.

Исключить психогенный кашель, лечение у профильного специалиста.

Ранжировать остальных пациентов после скрининга по подгруппам в соответствии с Республиканскими стандартами, критериями приказа № 300 Минздрава России от 09.10.1998 и Федеральной программой (2001).

Ранжирование пациентов:

Пациент с патологией верхних дыхательных путей (хронический назофарингит, хронический фаринголарингит, хронический ларинготрахеит).

Пациент с хроническим обструктивным бронхитом.

Пациент с бронхиальной астмой (кашлевой вариант).

Верифицировать диагноз общепрактикующего врача:

Физикальный (нозонология, ведущий синдром («проблема пациента»), форма, стадия болезни).

Психологический статус (тип отношения к болезни, тревожность, уровень кооперации) как меру индекса кооперации.

Социальный статус (малообеспеченный, среднеобеспеченный, высокообеспеченный) как меру стоимостной характеристики вмешательства.

Программы вмешательства ВОП:

Лечение (базовые схемы).

Семейная профилактика.

Семейное воспитание.

Немедикаментозная терапия

Рекомендации по немедикаментозной терапии базируются на рекомендациях Европейского респираторного общества; GOLD (2003).

Советы пациенту и его семье

1. Обеспечить:

Покой физический (дозированные физические нагрузки – ходьба, дыхательная гимнастика, сон до 8 часов в сутки) и психоэмоциональный (лечебно-охранительный режим для пациента) (С).

Питьевой режим (не менее 2 л воды в сутки), чай, сок, молоко, негазированные щелочные минеральные воды (А).

Пищевой (нутритивный) режим – дробное питание 4-6 раз в день малыми порциями с преобладанием легкоусвояемых белков и небольшим ограничением углеводов, сбалансированный по витаминам и микроэлементам (А).

Уют (тёплое помещение с температурой воздуха 20-22°C при градиенте температур не более 2-3°C) (С).

Оптимальную влажность воздуха не менее 70-80% (А).

Возможность откашливаться, что способствует очищению бронхов (С).

Ингаляции и увлажнение слизистой носа, в том числе с помощью небулайзера (В).

Доступ чистого свежего воздуха (сквозное проветривание в течение 10-15 минут 2-3 раза в день во время отсутствия в нём больного) (В).

Инсоляцию помещения прямыми солнечными лучами не менее 3-4 часа в сутки через чистые стёкла окон (С).

Горячие ножные ванны, периодически подливая горячую воду (температура воды не выше 42-43°C) (С).

Адекватную сезону и погоде одежду. Минимизацию воздействия неустрашимых патогенных факторов (С).

2. Исключить:

Резкую смену температур (например, быстрого выхода из тёплого помещения на мороз) (А).

Нахождение пациента в помещении, где проводится испарение химических продуктов (аэрозолей, средств для мытья посуды, порошков) (А).

Лекарственная терапия

Лекарственная терапия кашля проводится в соответствии со стандартами лечения причинной нозологии. «Золотой стандарт» в оценке правильного

диагноза у больного кашлем – успешное применение специфической терапии. Эмпирическая терапия кашля чаще всего бывает малоэффективной.

Алгоритм выбора лекарственных средств для лечения хронического кашля

Кашель:

а) продуктивный – при вязкой мокроте применяют муколитики. При скудной – отхаркивающие препараты. В обоих случаях применяются паровые ингаляции с ментолом и камфорой;

б) непродуктивный – применяют противокашлевые препараты и паровые ингаляции с ментолом и камфорой.

Ведение пациента с кашлем в амбулаторных условиях

Цель лечения зависит от причины кашля. При острых инфекционных заболеваниях – полное излечение; при хронических заболеваниях верхних дыхательных путей – достижение стойкой клинической ремиссии, профилактика осложнений; при хронических заболеваниях нижних дыхательных путей – замедление прогрессивности течения болезни, формирования синдромов дыхательной недостаточности (ДН) и хронического лёгочного сердца (ХЛС), сохранение удовлетворительного КЖ пациента; при бронхиальной астме – эффективный контроль за течением болезни с применением наименьшего количества лекарственных препаратов, удовлетворительное или хорошее КЖ, предотвращение обострений.

Задачи: купирование неотложных состояний, обострения хронического заболевания, восстановление функции больного органа, коррекция осложнений.

Кашель – это симптом заболевания или патологического состояния.

Попытки устранения симптома без устранения природы кашля ошибочны!

Лекарственные средства, влияющие на кашель

Лечение влажного кашля

Отхаркивающие средства

Эффективность и преимущества отхаркивающих средств в сравнении с обильным питьём не доказаны.

Механизм действия отхаркивающих средств основан на снижении вязкости слизи за счёт увеличения её объёма. Большинство из них активно увеличивает секрецию слизи вследствие рефлекторного раздражения жёлёз слизистой оболочки бронхов. Среди отхаркивающих средств выделяют рефлекторно действующие препараты и препараты резорбтивного действия.

Рефлекторно действующие препараты (термопсис, алтей, солодка, терпингидрат, эфирные масла) при приёме внутрь оказывают раздражающее действие на рецепторы желудка и рефлекторно усиливают секрецию слюнных жёлёз и слизистых жёлёз бронхов.

Препараты резорбтивного действия (натрия и калия йодид, аммония хлорид, натрия гидрокарбонат) всасываются в ЖКТ, выделяются слизистой оболочкой бронхов и увеличивают бронхиальную секрецию, таким образом разжижая мокроту и облегчая отхаркивание.

Бронхолитики (бронходилататоры, расширяющие просвет бронхов) (А).

Сальбутамол дозированный аэрозоль 0,1 мг/доза: 1-2 дозы 3-4 раза в день, раствор для небулайзера по 1,25-2,5 мл (без разведения) повторно.

Фенотерола гидробромид дозированный аэрозоль 100 мкг/доза 200 мкг, повторно только 1 доза через 5 минут 1 мг/мл фенотерола до 1 мл (20 капель) 3-4 раза в день.

Дозированный аэрозоль фенотерола 50 мкг/доза + ипратропия бромид 20 мкг/доза 1-2 дозы 2-3 раза в день, в 1 мл фенотерола 500 мкг + ипратропия бромида 250 мкг 20 капель 1 мл на приём 3-4 раза в день.

Ипратропия бромид в виде аэрозоля по 40 мкг 4 раза в сутки.

Тиотропия бромид по 18 мкг 1 раз в сутки.

(Окончание. Начало на стр. 7.)

Муколитические средства

Муколитические средства нормализуют секрецию бронхиального секрета и тем самым улучшают выведение слизи из бронхов. Применяются при заболеваниях ВДП с выделением слизистого и слизисто-гнояного секрета и при заболеваниях НДП, как острых (трахеит, бронхит, пневмония), так и хронических (хронический бронхит, бронхиальная астма, муковисцидоз).

Влияющие на вязкость мокроты, с антиоксидантной активностью (А): N – ацетилцистеин.

Влияющие на вязкость мокроты и синтез сурфактанта (А): амброксол, бромгексин.

Влияющие на продукцию бронхиального секрета (А): карбоцистеин.

Протеолитические ферменты (D) (возможно повреждение лёгочного матрикса и высокий риск серьёзных побочных эффектов, таких как кровохарканье).

Влияющие на вязкость мокроты, с антиоксидантной активностью (А) – снижают адгезию секрета, деполмеризуют мукопротеиновые и мукополисахаридные волокна, показаны в случае наличия вязкой, трудноотделяемой мокроты: бронхит, пневмония, муковисцидоз (B).

Бромгексин 32-48 мг в сутки до 3 раз в день.

M-ацетилцистеин внутрь после еды 200 мг 2-3 раза в день, в ингаляциях 150-300 мг на процедуру.

Влияющие на вязкость мокроты и синтез сурфактанта (А):

Бромгексин таблетки 4 и 8 мг, сироп 4 мг/5 мл, 8 мг/5 мл, 10 мг/5 мл, внутрь 3 раза в день по 8 мг.

Амброксол таблетки 30 мг, раствор для приёма внутрь и для ингаляций 7,5 мг/мл, сироп 15 мг/5 мл, 30 мг/5 мл, после еды, запивая небольшим количеством жидкости, ингаляции 2-3 мл 1-2 раза в день.

Влияющие на продукцию бронхиального секрета (А) – препараты, регулирующие выработку секрета железистыми клетками, нормализуя её секреторную функцию, независимо от её исходного патологического состояния. Это препараты на основе карбоцистеина. Механизм действия – нормализация соотношения сиаломуцинов и фукомуцинов:

– карбоцистеин (А) сироп 2%-ный по 5 мл 3 раза в день;

– карбоцистеина лизиновая соль (B) сироп 450 мг/5 мл внутрь 2-3 раза в сутки по 15 мл или гранулят 2,7 г 1 раз в день, растворив в стакане воды.

Протеолитические ферменты (D) – возможно повреждение лёгочного матрикса и высокий риск серьёзных побочных эффектов, таких как кровохарканье; в настоящее время не применяются.

Противовоспалительные средства: Обладают противовоспалительным действием на ВДП, антибронхоконстрикторным на НДП. Не являясь ни стероидным, ни нестероидным противовоспалительным средством, влияет на все медиаторы воспаления, а не только на метаболизм арахидоновой кислоты.

Фенспирид (B) по 80 мг 1-3 раза в день.

Отхаркивающие средства растительного происхождения – эффективность не доказана клиническими исследованиями, при применении возможны аллергические реакции (D).

Глауцин + эфедрин + базиликовое масло 2 ч.л. 3 раза в день.

Глицирам по 0,1 г 2-4 раза в день за 30 минут до еды.

Гвайфенезин 200-400 мг (10-20 мл) 3-4 раза в сутки после еды.

Мята + эвкалипт по 1 таблетке 2-3 раза в день под язык.

Экстракт красавки + кокаин + эфедрин + калия йодид 5-10 капель 2-3 раза в сутки.

Термопсис (листья) по 1 таблетке 3 раза в день.

Терпингидрат (продукт прогонки сосновой смолы) 0,3 г 2-3 раза в день.

Лакрица + алоэ + ментол + девясил по 1 ч.л. 3 раза в день.

Алтейный сироп из корня алтея 1 ст.л. на полстакана воды 4-5 раз в сутки.

Лечение сухого кашля
Показания к применению противокашлевых средств:

1. Пневмоторакс.

2. Состояние после операции.

3. Коклюш.

4. Мучительный кашель, значительно ухудшающий состояние больного.

5. Проведение бронхоскопии, бронхографии.

Противокашлевые средства:

1. Наркотические средства (кодеин и его производные) (А):
кодеина фосфат 0,5 мг/кг 4-6 раз в день, выписывается по специальному рецепту;
кодипронт сироп (11,1 мг/5 мл) 2 ч.л. 2 раза в день.

2. Ненаркотические противокашлевые средства центрального действия (А):
глауцина гидрохлорид 0,01-0,04 по 1 драже 3 раза в день после еды;

бутамира цитрат 50 мг по 1-2 раза в день;

окселадина цитрат капсулы 40 мг внутрь 30 мг/кг;

пентоксиверин сироп (1,5 мг/1 мл) 22,5 мг 3-4 раза в сутки;

декстрометорфан 7,5 мг 4 раза в сутки.

3. Противокашлевые средства периферического действия (А):
преноксдиазин 100-200 мг 3-4 раза в день.

4. Комбинированные препараты (B):
декстрометорфан + гвайфенезин 2 ч.л. сиропа 3-4 раза в день после еды;

бутамират + гвайфенезин доза зависит от массы тела: 50-70 кг массы тела – по 1 таблетке 3 раза в день, 70-90 кг – по 1,5 таблетки 3 раза в день, больше 90 кг – 1,5 таблетки 4 раза в день через 4-6 часов 5-7 дней;

глауцин + эфедрин 10 мл 3-4 раза в день.

Одновременно с противокашлевыми препаратами должны быть предприняты меры по лечению заболевания, на фоне которого возник кашель.

По рекомендациям ВОЗ при банальных ОРВИ, не требующих специфического лечения, а лишь принятия симптоматических мер, при лечении неосложнённого кашля применяются грудные сборы – набор целебных трав, отвар которых способствует облегчению выведения мокроты, оказывает комплексное противомикробное и противовоспалительное действие на лёгкие и бронхи.

Грудной сбор № 1 (алтей, душица, мать-и-мачеха).

Грудной сбор № 2 (мать-и-мачеха, подорожник, солодка).

Грудной сбор № 3 (шалфей, анис, сосновые почки, алтей, солодка, фенхель).

Грудной сбор № 4 (чабрец, солодка, душица, липа, мята, мать-и-мачеха, подорожник, сосновые почки, календула, медуница).

Способ приготовления: по 2 столовых ложки смеси залить 0,5 л кипятка, настоять 1,5 часа в тёплом месте. Процедить.

Способ применения: по 100-150 мл за 30 минут до еды 3-4 раза в день. Применять на протяжении всего периода болезни.

Применение грудных сборов опасно возникновением аллергических реакций.

Антибактериальные средства применяются в соответствии с установленной нозологией – причиной кашля.

Не показаны при: кашле на фоне ОРВИ без сопутствующих осложнений; доброкачественном течении болезни, невысокой температуре, быстром улучшении самочувствия.

Показаны при: ОРВИ и кашле с отитом, синуситом, ангиной, пневмонией;

микоплазмозе, хламидиозе, коклюше, подтверждёнными лабораторными исследованиями.

Достоверно положительные результаты получены при применении небулайзерной доставки препаратов при лечении кашля (А). В настоящее время для небулайзерной терапии применяются:

Бронхолитики
сальбутамол,

фенотерол,

ипратропий,

ипратропий/фенотерол,

ипратропий/сальбутамол.

Глюкокортикостероиды
будесонид,

беклометазон.

Муколитики
N-ацетилцистеин,

амброксол.

После купирования острого эпизода длительное применение небулайзера для рутинной терапии не рекомендуется.

Показания к консультации профильных специалистов

кашель с примесью крови;

кашель, резистентный к терапии;

кашель без установленной причины;

кашель, сочетающийся с потерей массы тела.

Показания к госпитализации

Экстренной госпитализации в инфекционное отделение подлежат пациенты с тяжёлым течением инфекций или по социальным показаниям. Плановой госпитализации в пульмонологический или терапевтический стационар подлежат пациенты с ХОБ лишь по социальным показаниям, с БА при тяжёлом неконтролируемом течении болезни.

В остальных случаях пациенты ведутся амбулаторно, с использованием дневных стационаров, стационаров на дому.

Ведение пациента после лечения в стационаре

Проводится в соответствии со стандартами оказания помощи при основном заболевании, вызвавшем кашель.

Профилактика

Цель немедикаментозного лечения – уменьшение симптомов, улучшение КЖ и повышение физического и эмоционального участия в повседневной жизни.

Для достижения этого проводится борьба с физической детренированностью, нарушениями настроения (особенно депрессией), коррекция мышечной массы и снижение веса пациента. Эти проблемы комплексно взаимосвязаны, и улучшение любого из них даёт позитивные изменения. В программы включают тренировки верхней группы мышц – упражнения на сопротивление с отягощением и дыхательную гимнастику.

Рандомизированных контролируемых исследований по стандартному применению этих упражнений нет, но они могут быть полезны для тех больных, у которых сопутствующие заболевания ограничивают другие виды тренировок.

Такие тренировки включаются в программы семейного воспитания и семейной профилактики, являющиеся вторичной и третичной профилактикой заболевания для больного и первичной профилактикой данного заболевания для членов его семьи.

Программа семейного воспитания:

✓ Модификация образа жизни (50% потенциала здоровья по ВОЗ)

✓ Экология жилища и рабочего места (20% потенциала здоровья по ВОЗ).

Программа семейной профилактики:

– правильный образ жизни и первичная профилактика болезней группы риска в семье у детей и подростков

– генетический фактор здоровья (20% потенциала здоровья по ВОЗ);

– лечение болезней (10% потенциала здоровья по ВОЗ).

Семейное воспитание – индивидуальная медицинская профилактика нездоровья в целом для здоровых членов семьи пациента. Реализация: создание лично-ориентированной системы мотивации для приобретения навыков здорового

образа жизни. Направления: экология тела (рациональное питание, физическая активность, прекращение курения, разумное потребление алкоголя, улучшение среды обитания дома и на работе), экология души (жизненные принципы, шкала ценностей, коррекция межличностных отношений в семье, на работе). Профилактика болезней группы риска применительно к заболеваниям членов семьи – комплекс немедикаментозных методов, включающих режим двигательной активности, диету, профессиональное ориентирование, вопросы подготовки юношей к службе в армии, девушек – к будущему материнству.

Семейная профилактика – комплекс мер вторичной, иногда третичной профилактики для пациента в сочетании с индивидуальной медицинской первичной профилактикой болезней группы риска для членов семьи пациента. Пациенту и его семье даётся информация о болезни, её предикторах, факторах риска. Создаётся лично-ориентированная система мотивации для вторичной профилактики болезни пациента, первичной профилактики для членов семьи.

Направления: режим труда и отдыха, адекватные болезни пациента с адаптацией семейных стереотипов к болезни одного из её членов, физическая активность пациента в соответствии с характером болезни; адаптация семейной диететики к болезни пациента; коррекция «вредных привычек», среды обитания в доме и на работе; формы курортного лечения и отдыха, приемлемые для семьи в целом.

Прогноз

При своевременном определении заболевания, явившегося причиной кашля, и своевременном его лечении – благоприятный.

Мониторинг состояния пациентов с кашлем

Для оценки состояния здоровья имеются различные опросники, включая специальные созданные для больных с респираторными заболеваниями (CQLQ, LCQ, CCIQ). Состояние здоровья может также определяться с помощью общих вопросников, например Medical Outcomes Study Short Form (SF36).

Критерии эффективности терапии: уменьшение частоты и длительности обострений, снижение сроков временной нетрудоспособности, повышение КЖ пациентов.

Под редакцией главного специалиста Минздрава России по семейной медицине (общей врачебной практике), академика РАН Игоря ДЕНИСОВА.

Список сокращений

БА – бронхиальная астма

β-блокаторы – бета-блокаторы

ВОП – врач общей практики

ВДП – верхние дыхательные пути

ГЭРБ – гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь

ДН – дыхательная недостаточность

ЕРО – Европейское респираторное общество

ИАПФ – ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента

КЖ – качество жизни

ЛФК – лечебная физическая культура

НДП – нижние дыхательные пути

НИИ – научно-исследовательский институт

ОВП – общая врачебная практика

ОРВИ – острые респираторные вирусные инфекции

СН – сердечная недостаточность

ФВД – функция внешнего дыхания

ХБ – хронический бронхит

ХОБ – хронический обструктивный бронхит

ХОБЛ – хроническая обструктивная болезнь лёгких

ХЛС – хроническое лёгочное сердце

GOLD – Global Initiative for chronic Obstructive Lung Disease

pH – уровень кислотности.

Война не прошла стороной

Наша героиня родилась 30 марта 1932 г. в деревне Ледники Смоленской области в семье деревенских крестьян. Отец, Кузьма Фёдорович, работал председателем сельского совета, мать, Серафима Платоновна, была колхозницей. В 1941 г. отец ушёл на фронт, был партизаном. Буквально с начала войны и до сентября 1943 г. Смоленская область была оккупирована немецкими захватчиками, шли ожесточённые бои, людей эвакуировали в другие регионы, поэтому учёбу в школе юной Кате пришлось прервать и вернуться за парту только в 1943 г. Кузьма Фёдорович, вернувшийся с фронта, сразу же был назначен председателем сельского совета. Катя окончила 7 классов, а далее училась в районном центре – городе Починок Смоленской области. После окончания 10-го класса по семейным обстоятельствам наша героиня вынуждена была переехать в Ставрополь.

Выбор будущей профессии во многом обусловлен положительным влиянием старшего двоюродного брата Николая Малышкина, который на тот момент был студентом медицинского института. Приятно отметить, что сам он впоследствии стал известным российским учёным, доктором медицинских наук, профессором, чья профессиональная карьера складывалась в том числе и в стенах знаменитой Кремлёвской больницы. В 1951 г. Катерина поступила на 1-й курс Ставропольского мединститута, выбрав для себя факультет «лечебное дело», однако вскоре перевелась в Смоленский государственный медицинский институт, который успешно окончила в 1956 г. Училась на «хорошо» и «отлично», что было обусловлено не только интересом к предметам и будущей профессии в целом, но и послевоенной необходимостью – тем, кто учился хуже, попросту не давали стипендию, а работать студентам в те годы не разрешалось. Выбор специализации сформировался довольно рано – ей всегда нравилось общаться с людьми, помогать тем, кто в этом нуждается, поэтому наибольший интерес будущий доктор испытывала именно к терапии.

Обучаясь в Смоленском медицинском институте, в 1954 г., Катерина вышла замуж за офицера лётного полка Василия Баранова, а в мае 1955 г. родился сын Александр, который впоследствии решил продолжить профессиональную династию по линии супруга и стал военным.

Опыт – из практики

– Сразу после окончания вуза я начала работать в должности врача-терапевта Железнодорожной больницы на станции Фаянсовая Калужской области. Это время можно смело назвать «курсом молодого бойца», ибо на тот момент врачей было катастрофически мало и мне, молодому терапевту, приходилось заниматься практически всеми пациентами этой больницы. Было невероятно сложно, ответственно и во многом боязно, так как обходился без наставников и учителей. Приходилось много читать, самообразовываться, постигать разнобразную клиническую практику у постели больного, на приёме в поликлиническом кабинете.

Для меня всегда радостно, когда появляется приятный повод рассказать о каком-то необычном человеке, настоящим профессионале, достойном слов восхищения. Вдвойне приятно, если речь идёт о представителе родной для меня медицинской профессии. Часто такие герои живут очень скромно, непублично, не любят шумихи вокруг себя, они просто честно и хорошо работают долгие годы. Настоящая известность человека и профессионала не зависит от количества и периодичности интервью или телевизионных роликов, славное имя нельзя создать, его можно заслужить, причём только своим трудом и искренним отношением к людям и любимому делу, а настоящую славу на века слагают не журналисты и пиар-менеджеры, а люди.

Наши коллеги

Самая высокая награда доктора

Екатерина Баранова 60 лет лечит людей



Я очень благодарна судьбе именно за такое непростое и интенсивное начало, так как первые годы самостоятельной деятельности во многом сформировали главные принципы моего отношения к любимому делу – «я всё сделаю сама» и «есть слово «надо». Тот бесценный опыт, который я получила в первые годы работы, мне очень пригодился в дальнейшей жизни и самым положительным образом повлиял на мои профессиональные навыки, – вспоминает Катерина Кузьминична.

Будучи женой офицера и в связи с переводами мужа по службе Екатерине Барановой приходилось часто менять место работы: Починковская районная больница, крупная войсковая часть, затем городская поликлиника в Семипалатинске. Годы работы в Казахстане наша героиня также вспоминает с большой благодарностью и ностальгией:

– Здесь меня, молодого доктора, недавно окончившего вуз, назначили на должность заведующей терапевтическим отделением, где мне пришлось выполнять все виды стационарных манипуляций, вести больных, а также закрывать довольно большой амбулаторный приём как поликлиническому терапевту. За эти годы я очень выросла в профессиональном плане – самостоятельно лечила всех терапевтических пациентов, проводила пункции плевральной полости, пара-

нефральные блокады, малые хирургические манипуляции, овладела методиками выполнения самых разнообразных процедур в рамках имеющихся на тот момент резервов функциональной диагностики.

«Нет, это не фантастика...»

В сентябре 1965 г. военную семью Барановых перевели в город Калинин для прохождения службы на Мигаловском аэродроме. С тех пор этот город стал для Екатерины Кузьминичны родным. В столице Верхневолжья доктор Баранова прожила долгую и счастливую профессиональную жизнь – сначала она работала терапевтом поликлиники № 1 городской больницы № 4, затем переведена на должность заведующей терапевтическим отделением этой же больницы. В 1975 г. Катерина Кузьминична назначена заместителем главного врача по поликлинической работе, а в 2008 г. переведена на должность начмеда по организационно-методической работе.

С 2012 г. она является заведующей кабинетом учёта и медицинской статистики, где и продолжает работать по настоящее время.

Среди всех запоминающихся и значимых событий долгой врачебной жизни Е.Барановой, пожалуй, можно особо отметить одно, самое важное и для самой нашей героини, и для сотен жителей Твери. Речь идёт

именно к таким драгоценным героям можно отнести удивительного человека, по-настоящему известного в народе практического доктора, чья профессиональная судьба вот уже больше полувека неразрывно связана с Тверью. Это Екатерина Баранова. Именно её, скромного и непубличного терапевта поликлиники городской больницы № 4, отметившего в этом году 85-летний юбилей, правительство в этом году выдвигало на соискание медицинской премии «Призвание» Первого телеканала. И пусть она не стала в итоге обладателем заветной статуэтки, сам факт оказанной ей чести заслуживает того, чтобы имя этой легендарной женщины узнала широкая читательская аудитория.

о строительстве нового здания поликлиники № 1 городской больницы № 4.

– Когда я задумала этот проект, в успех его мало кто верил, – вспоминает Катерина Кузьминична. – Подобные стройки бюджетных больниц зачастую либо вообще не начинались из-за отсутствия финансирования, либо превращались в долгоиграющий процесс и в итоге ничем не заканчивались. Нам же удалось

построить и ввести в эксплуатацию современное и приспособленное для лечебного процесса 5-этажное здание поликлиники за рекордные год и 2 месяца.

Это было фантастикой – к нам приезжали коллеги из других регионов, чтобы узнать все тонкости и секреты такого грандиозного успеха. А секрет-то, по сути, единственный – нужно честно относиться к своему делу, пресекать любые попытки жульничества при строительстве и просто уметь разговаривать с людьми. Больше ничего и не нужно! Если очень чего-то захотеть, то даже самые амбициозные замыслы вполне осуществимы. Поверьте, не только финансы решают всё, важно найти, заинтересовать и увлечь своей идеей хороших и достойных людей, а благие дела, уверена, сами по себе притягивают деньги... – отмечает Е.Баранова.

Кто же тогда заслуженный?

За огромный период своей профессиональной жизни доктор Е.Баранова много уделяла внимания и общественной работе: была депутатом городского совета и дважды – районного, активно занималась повышением качества оказания медицинской помощи населению Твери, много сил приложила для улучшения жилищных условий сотрудников больниц и поликлиник города. Среди имеющихся

наград – многократно поощрялась благодарностями и грамотами больницы, награждена медалями «За добросовестный труд», медалью «Ветеран труда», нагрудным знаком «Отличнику здравоохранения».

Странно только одно: Екатерина Кузьминична отдала своей работе более 60 лет, половину из которых являлась заместителем главного врача, вылечила тысячи пациентов и приложила невероятно много сил, чтобы построить поликлинику для жителей родного города, однако по праву причитающегося ей звания «заслуженный врач РФ» так и не получила. Согласитесь, уж кто, как не такие славные и самоотверженные профессионалы, как доктор Баранова, истине достойны всех возможных высоких профессиональных наград и почестей. Почему так произошло? Интеллигентность и природная скромность не позволили ей позаботиться о наградах, для неё было важнее, скажем, построить новую больницу или принять нового пациента, чем ходить и что-то выпрашивать для себя. Откровенно стыдно за её непосредственных начальников, которые в своё время не уделили этому вопросу должного внимания, хотя, на мой взгляд, просто обязаны были это сделать...

Следует особенно отметить, что все годы трудовой деятельности в ранге заместителя главного врача Катерина Баранова ни дня не бросала работу на приёме в поликлинике, так как искренне считает, что только общение с пациентами, живой лечебный процесс, непосредственная практика формируют настоящего врача-профессионала.

И сегодня Катерина Кузьминична не видит себя без пациентов, которых откровенно рада встречать в своём терапевтическом кабинете родной поликлиники, чтобы выслушать, поговорить и, конечно, помочь всем тем, кто знает и умеет в своей любимой профессии, которой честно служит все эти годы. Похоже, в этом доктор Баранова и видит самую высокую награду...

Максим СТРАХОВ,
сосудистый хирург,
член Союза журналистов России,
внешт. корр. «МГ».

Тверь.

Фото из архива Е.Барановой.

Ещё в недалёком прошлом пациентам с рассеянным склерозом (РС) рекомендовалось не тренироваться физически, опасаясь усугубить течение болезни. Однако теперь известно, что физические тренировки могут облегчить многие симптомы, в том числе чрезмерную усталость и нарушения подвижности, которые зачастую очевидны. Новые исследования показывают, что силовые тренировки могут защитить нервную систему и тем самым замедлить прогрессирование заболевания.

В здоровом теле...

Это основной вывод исследования, совместно проведённого Орхусским университетом, Орхусской больницей, Университетом Южной Дании (Дания) и Университетской клиникой Гамбург-Эппендорф (Германия), только что опубликованного в журнале *Multiple Sclerosis*. Данная работа показывает, что силовая тренировка имеет ряд положительных эффектов на мозг, которые выходят за рамки достигнутого благодаря определённому медикаментозному лечению.

«Последние 6 лет мы придерживаемся идеи о том, что физические тренировки оказывают влияние не только на симптомы, и это исследование даёт первые указания на то, что физические упражнения могут защитить нервную систему от этой болезни», – говорит один из исследователей доцент Ульрик Далгас из Департамента общественного здравоохранения в Орхусском университете. – За последние 15 лет мы узнали, что физические упражнения не только не наносят вреда людям с РС, но и часто оказывают положительное влияние на, например, их способность ходить, уровень усталости и мышечную силу, что в противном случае часто ухудшалось. Но тот факт, что физическая подготовка также оказывает защитное действие на мозг у людей с РС, является новым и важным знанием».

В данном исследовании велось наблюдение за 35 пациентами с РС в течение 6 месяцев. Половина группы занималась силовыми тренировками два раза в неделю, а другая половина продолжала жить обычной жизнью без систематических тренировок.

У каждого из испытуемых были МРТ исследования до и после 6-месячного периода, и можно было видеть, что у большинства пациентов, которые занимались силовыми нагрузками, наблюдалась тенденция к более медленному сокращению мозга. «У людей с РС мозг сокращается значительно быстрее, чем обычно. Лекарства могут противостоять этому развитию, и мы видим тенденции к тому, что силовые тренировки ещё больше минимизировали сокращение мозга у пациентов, уже получающих лекарства. Кроме того, мы увидели, что на самом деле несколько небольших областей мозга начали расти в ответ на тренировки», – говорит У. Далгас.

Учёные всё ещё не могут объяснить, почему тренировки оказывают положительное влияние на мозг у людей с РС. Более подробное и углублённое исследование поможет в этом, а также может привести к улучшению методов лечения, го-

ворит Ульрик Далгас. Тем не менее он подчёркивает, что цель состоит не в том, чтобы заменить медикаментозное лечение физическими тренировками. «Отказ от лекарств в пользу физических тренировок нереалистичен. С другой стороны, исследование свидетельствует, что систематические физические тренировки могут быть гораздо более важным дополнением во время лечения, чем предполагалось до сих пор. Этот аспект необходимо тщательно изучить», – говорит Далгас.

Пока неясно, могут ли все люди с РС извлечь выгоду из силовых тренировок, поскольку метод проверен на недостаточном количестве пациентов с более тяжёлыми

заболеваний, которые не имеют здоровых глиальных клеток, например миелин-продуцирующие олигодендроциты при РС. Q-Cells – это то, что исследователи называют глиал-ограниченными клетками-предшественниками. На простом языке это означает, что они являются клетками, подобно стволу, которым суждено стать глиальными, в свою очередь, выполняющими многочисленные и незаменимые функции, включая образование миелина в головном и спинном мозге.

«Это ещё один важный этап в нашем стремлении принести эффективные методы лечения разрушительных заболеваний центральной нервной системы и травм», – сказал

был полностью сформирован, а это говорит о том, что лечение может иметь дополнительные положительные эффекты. Другие данные исследований на животных также подтверждают идею о том, что заболевания головного и спинного мозга или травмы можно лечить путём доставки здоровых глиальных клеток.

«Наш подход использует естественную способность глиальных клеток восстанавливать и поддерживать нервные клетки в ЦНС. Q-Cells имеет большие перспективы не только для людей с такими редкими заболеваниями, как поперечный миелит и боковой амиотрофический склероз, но и для многих людей во всём мире,

клеток TH17 в кишечнике у пациентов с РС и аутоиммунными проблемами головного мозга. Они также обнаружили корреляцию между более высокими уровнями клеток TH17 и изменениями микробиоты кишечника пациентов. Затем команда определила, какие бактерии изменяются в кишечнике.

Пациенты с повышенным уровнем клеток TH17 и более высокой активностью болезни имели более высокое соотношение бактерий Firmicutes к Bacteroidetes и больше штаммов *Streptococcus* в их кишечнике, особенно *Streptococcus mitis* и *Streptococcus oralis*. Предыдущие исследования показали, что эти виды способствуют дифференцировке клеток TH17 у людей.

В клиниках и лабораториях

В поисках излечения

Рассеянный склероз: исследования ведутся, однако...



Коварная демиелинизация

симптомами. Поэтому доктор Далгас не рекомендует, чтобы все пациенты с РС бросились в интенсивный режим силовых тренировок без предварительного профессионального совета.

Цель – восстановить миелин

Клеточная терапия, направленная на увеличение регенерации миелина, Q-Cells от Q Therapeutics, получила зелёный свет от Управления по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств США (FDA), чтобы продолжить клиническое испытание на пациентах с поперечным миелитом – заболеванием, которое, подобно рассеянному склерозу, характеризуется повреждением миелина.

Одобрение заявки на исследование нового лекарственного средства позволяет начать клиническое исследование фазы 1/2, в котором 9 пациентов получат более высокие дозы терапии.

Специалисты надеются, что результаты испытаний будут способствовать дальнейшему развитию Q-Cells для лечения других

Стивен Борст, генеральный директор и председатель фармацевтической компании, спонсирующей данное исследование.

В другом исследовании, опубликованном в журнале *Experimental Neurology*, Петр Вальчак и коллеги из Университета Джона Хопкинса (США) показали, что мышцы без миелина оставались в живых дольше при лечении клеточной терапией.

«Мы давно полагали, что уникальная способность Q-Cells восстанавливать и поддерживать нервные клетки ЦНС имеет основополагающее значение для лечения многих расстройств ЦНС. Способность этих клеток реплицироваться после инъекции, мигрировать, дифференцироваться в зрелые глиальные клетки и восстанавливать миелин, как продемонстрировала лаборатория доктора Вальчака, ещё больше подчёркивает силу этого терапевтического подхода», – сказал один из авторов научного изыскания Махендра Рао, доктор медицины, доктор философии.

Интересно, что в исследовании сообщалось об улучшении состояния животных. Им становилось лучше, прежде чем новый миелин

которые живут с рассеянным склерозом, травмой спинного мозга и инсультом», – сказал Борст.

«Мы стремимся двигаться вперёд с этим испытанием и настроены оптимистично на то, что Q-cells окажется эффективным при лечении травм и болезней ЦНС», – добавил другой учёный Джеймс Кампанелли.

Кишечные поиски

Люди с РС имеют высокий уровень провоспалительных иммунных клеток TH17 в их кишечнике, которые коррелируют с изменением микробиоты и уровнем активности их болезни, сообщается в исследовании, проведённом в Австралии. Как подчёркивают эксперты, результаты свидетельствуют о том, что диета, пробиотики и терапии, которые регулируют клетки TH17, могут помочь лечить РС. Работа под названием «Высокая частота кишечных клеток TH17 коррелирует с изменениями микробиоты и активностью болезни при рассеянном склерозе» опубликована в журнале *Science*.

Исследование показало, что клетки TH17, также известные как клетки Т-хелперы 17, играют определённую роль в развитии РС. Фактически это были первые вредные иммунные Т-клетки, которые проникли в центральную нервную систему, согласно опытам на животных.

Однако где именно клетки TH17 активируются, было неясно. Исследования на мышах предполагали, что это происходило, главным образом, в тонком кишечнике, и также показали, что их активация увеличивает потенциал развития аутоиммунного заболевания мозга, такого как рассеянный склероз, у человека.

Аутоиммунное заболевание возникает, когда иммунная система, которая защищает организм от болезней, решает, что здоровые клетки человека являются чужеродными, и нападает на них. Исследователи обнаружили связь между более высоким уровнем

Клеточная дифференциация включает в себя трансформацию клетки из одного типа клетки в другой – обычно более специализированный тип. Это резко изменяет размер клетки, её форму, метаболизм, активность и отзывчивость к сигналам. В некоторых исследованиях была предложена связь между дифференцировкой Т-лимфоцитов и аутоиммунными заболеваниями головного мозга. «Основываясь на наших выводах, мы предполагаем, что при определённых условиях или из-за ещё не известных факторов вирулентности эти штаммы *Streptococcus* могут заселить тонкую кишку и способствовать дифференцировке клеток TH17 в слизистой оболочке кишечника человека», – пишут исследователи.

В дополнение к большому количеству бактерий *Streptococcus* команда обнаружила более низкий уровень бактерий *Prevotella* у пациентов с РС, у которых была активность заболевания, чем у здоровых людей или пациентов без активности РС. Это снижение также может способствовать дифференциации клеток TH17, поскольку «*Prevotella* способна продуцировать противовоспалительный метаболит, который ограничивает рост клеток TH17 клеток у мышей», – отмечают учёные.

В целом команда пришла к выводу, что данные показывают связь аутоиммунитета головного мозга со специфическими изменениями микробиоты и чрезмерным ростом клеток TH17 в кишечнике человека. Полученные данные свидетельствуют о том, что регулирование роста клеток TH17, а также изменения в рационе могут быть методами лечения рассеянного склероза, сообщается в исследовании.

Марк ВИНТЕР.

По материалам CNN, *Multiple Sclerosis*, *Experimental Neurology*, *Science*.

Современные технологии

В межрайонной лаборатории, базирующейся в Консультативно-диагностическом центре Бийска, внедрена информационная система.

Проект реализован КГБУЗ «Медицинский центр – управляющая компания Алтайского медицинского кластера» под эгидой Министерства здравоохранения Алтайского края в рамках создания регионального сегмента Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения.

– Система автоматизировала

Помощь и врачу, и пациенту

Автоматизированная работа лаборатории показывает отличные результаты

работу лаборатории на всех этапах – от процедурного кабинета до выдачи результатов, – отмечает главный врач центра Людмила Деревянных. – Внедрение системы позволило добиться снижения количества ошибок в процессе проведения исследований; сократилось число повторных и дублирующих исследований, повы-

сился контроль расхода реагентов, появилась возможность выбора оборудования. Это дало возможность снизить затраты центра на содержание лаборатории.

В процедурном кабинете медсестры при заборе проб осуществляется штрих-кодирование пробирок. Дальнейший процесс сортировки и обработки проб

осуществляется лабораторным оборудованием в автоматизированном режиме.

Лабораторная система, помимо привычной всем возможности получить результаты исследований на бумаге, сохраняет их в единой базе данных, связанной с электронной медицинской картой пациента.

Нововведение, по словам пациентов, привело к сокращению времени ожидания результатов как на этапе сдачи анализа в процедурном кабинете, так и в процессе их обработки и выдачи.

В ближайшем будущем будут подключены все территориально отдалённые процедурные кабинеты, которые обслуживаются лабораторией Консультативно-диагностического центра Бийска.

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Алтайский край.

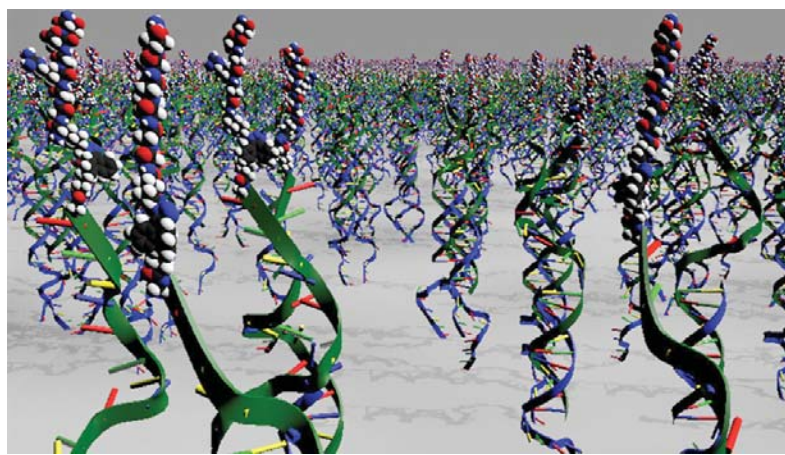
Гипотезы

В зиготе объединены геномы матери и отца, и в её округлой форме не видно будущего многообразия форм и функций, которые присущи 250 типам клеток организма, составляющие жидкие ткани – кровь и лимфу – и плотные. Клетки крови – за исключением красных эритроцитов – и лимфы свободно перемещаются в полости сосудов и выходят в ткани, осуществляя иммунный надзор или в случае того же воспаления. Составляющие плотных тканей обычно «сидят», или иммобилизованы на месте, прикрепляясь с помощью своих поверхностных протеинов к внеклеточному матриксу-матрице (ECM – ExtraCellular

Matrix). Помимо этого, клетки соединены, или интегрированы друг с другом с помощью того же интегрин, или белка, встроенного в клеточную мембрану. В качестве молекулярного «крючка» к интегрину подсоединён фибронектин, связанный длинным сахарным концом с коллагеном, фибрином и другими волокнами матрикса. Интегрин необходим для клеточного «слипания», интегрируя внешние сигналы с подмембранными волокнами клеточного, или цитоскелета (одним из его компонентов является «плёночный» белок ламинин, функция которого необходима для формирования выростов и отростков тех же нейронов).

Клеточная манипуляция

Одним из внешних сигналов изменения клеточного состояния является тетрапептид – «осколок белка», – состоящий, судя по его названию, из 4 аминокислот: аргинина, глицина, аспарагиновой кислоты и серина (RGDS). Он привлекает иммунные клетки к местам воспаления (пептид получают из фибронектина). Сотрудники Северо-Западного университета (США) решили «оснастить» пептидом небольшие молекулы ДНК, благодаря чему стали в прямом смысле слова управлять структурой и функциональным состоянием клеток. Под действием добавленного в среду RGDS клетки буквально срывались с места, распластывались по подложке и выпускали отростки для движения, меняя, по словам авторов, свой «динамический потенциал».



Модифицированная ДНК с пептидом (вверху разноцветным) на поверхности клетки

Учёные использовали соединение RGDS с небольшими двуцепочными ДНК, что позволило им стимулировать нервные стволы клетки спинного мозга. Их обычное состояние заключается в образовании тесно соединённых друг с другом групп клеток, называемых нейросферами. Клеточная адгезия тормозит созревание нейронов и клеток белого вещества, а также их подвижность, не способствуя восстановлению целостности спинного мозга после травм и операций. Теперь есть надежда, что это препятствие будет наконец-то преодолено. То же справедливо и для таких состояний, как болезнь Альцгеймера и Паркинсона, при которых нейроны головного мозга гибнут и не происходит их естественного замещения.

Большую роль в процессе управления играет модифи-

цирующая поверхность клеток ДНК. Особенностью её дизайнерской последовательности, которую исследователи назвали «динамическим умом», является способность «ухватывать» RGDS, включая тем самым активность клеток. Для выключения последней достаточно всего лишь сменить среду раствором без пептида. Заканчивая изложение результатов, один из авторов сказал, что сейчас все уповают на биоинженерное изменение – «созревание» – стволовых клеток с целью разработки эффективных клеточных терапий. Но процесс этот долг, дорог и весьма трудоёмок. Их пептид-ДНКовый конъюгат существенно упростит задачу созревания и специализации имплантированных стволовых клеток для выполнения их зрелыми потомками тех или иных функций исправления дефектов. А привычные всем инъекции соответствующих растворов с пептидами и ДНК позволят манипулировать делением и

дифференцировкой трансплантированных клеток in situ, то есть на месте.

Ещё в древнем мире были легенды, связанные с совершенством человеческого существа и его рождения. Например, в Верхнем городе – Акрополе – поражают своей гармонией совершенные формы храма Афины, которая родилась, как известно, девственным образом непосредственно из головы Зевса. Храм в честь девственной богини называется Парфенон/Партенон (сравни: партеногенез, или девственное размножение без участия самцов). К этому можно добавить, что греки называли девочек нимфами (НУМФ), невест на выданье «партенос» и женщин ГΥΝΕ. И каждому возрасту, как известно, соответствуют свои внешние «маркёры».

Игорь ЛАЛАЯНЦ,
кандидат биологических наук.

По материалам
Nature Communication.

Выводы

Белок Альцгеймера

Американские учёные выяснили, что высококалорийная и жирная пища, характерная для стран Запада, может повысить риск возникновения болезни Альцгеймера у носителей мутации белка АРОЕ.

Заокеанские исследователи обнаружили, что жирная высококалорийная пища может способствовать развитию болезни Альцгеймера у носителей мутации АРОЕ4. Ген и белок АРОЕ – одна из самых важных молекул в мозгу, связанная с обменом веществ. Существует мутация этого гена

под названием АРОЕ4, его носителями являются около 12% людей. Эта мутация увеличивает риск наступления болезни Альцгеймера в 3 раза. При этом не все носители мутации в итоге заболели. Однако, как показали исследования учёных Университета Южной Калифорнии, для носителя АРОЕ4 жирная пища может повысить риск болезни Альцгеймера в разы.

Специалисты пришли к таким выводам во время опытов на мышах, у которых собственный ген АРОЕ заменили на человеческий, при этом часть подопыт-

ных грызунов стала носителем АРОЕ4. Мышей кормили сначала нормальной, а затем высококалорийной пищей. Оказалось, что в мозгу грызунов с АРОЕ4 гораздо быстрее накапливались повреждённые молекулы, чем у мышей с нормальным АРОЕ.

То есть применительно к людям причиной возникновения болезни Альцгеймера у носителей АРОЕ4 может быть ожирение. Почему так происходит – пока не ясно.

Яков ЯНОВСКИЙ.
По сообщению CNN.

Областному государственному бюджетному учреждению здравоохранения «Усть-Кутская районная больница» (местность, приравненная к району Крайнего Севера)

требуются врачи следующих специальностей:

✓ ФТИЗИАТР, ТЕРАПЕВТ, АКУШЕР-ГИНЕКОЛОГ, АНЕСТЕЗИОЛОГ-РЕАНИМАТОЛОГ, НЕОНАТОЛОГ, ОФТАЛЬМОЛОГ, НЕВРОЛОГ, РЕНТГЕНОЛОГ, ПЕДИАТР, ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГ, СТОМАТОЛОГ, ХИРУРГ.

Заработная плата от 40 тыс. руб., служебная квартира, соцпакет. Молодым специалистам выплата подъемных в размере 200 тыс. руб.

✓ ПСИХИАТР для работы в посёлке Верхнемарково по программе «Земский доктор» (выплата подъемных согласно программе), заработная плата от 50 тыс. руб.

Тел.: (39565) 5-77-35 (главный врач), 5-79-02 (отдел кадров).

Идеи

Страсти вокруг кишечника

Врачи в Британии нашли способ избежать осложнений после операции для пациентов, страдающих от рака кишечника. Они предлагают вводить стент в зону закупорки. По мнению учёных, это может в некоторых случаях помочь избежать необходимости использовать калоприёмник после операции.

Ежегодно в мире диагностируется около 1,4 млн случаев рака кишечника. Часто этот вид рака остаётся незамеченным до тех пор, пока у пациентов не блокируется кишечник. В этом случае приходится проводить срочную операцию. Именно эти операции намного опаснее плановых. При подобных вмешательствах чаще всего врачам не удаётся вернуть кишечник в первоначальную форму. Здесь есть высокий риск того, что пациенту придётся пользоваться калоприёмником.

В рамках нового способа лечения врачи исследуют кишечник с помощью эндоскопа, чтобы найти точное место закупорки. Затем вводят туда стент диаметром в 3 мм, который в течение последующих 2 суток под воздействием температуры тела расширяется до 2,5 см, что создаёт новый проход в кишечнике. После того как деятельность кишечника налаживается, пациенту проводится операция по удалению опухоли.

Всего в исследовании участвовали 250 пациентов. На части из них была применена новая методика, а других лечили традиционными методами. Процент выживаемости в обоих случаях был один и тот же, однако разница в потребности пользоваться калоприёмником была весьма существенной.

Согласно данным, представленным на ежегодном симпозиуме Американского общества клинической онкологии в Чикаго, 69% тех, кому была проведена срочная операция, нуждались в калоприёмнике – по сравнению с 45% плановиков.

«Обычно врачи боятся, что разблокирование кишечника таким образом может повысить вероятность того, что рак начнёт распространяться, однако наши первые результаты этого не показывают», – сказал профессор Джеймс Хилл, ведущий хирург центральной больницы Университета Манчестера. – Мы также рады тому, что таким образом можно будет снизить необходимость для наших пациентов носить калоприёмник, а это огромное облегчение для повседневной жизни. Пока это всего лишь первые результаты, и надо будет пронаблюдать в течение 3 лет, насколько этот новый метод влияет на выживаемость и уход за неизлечимыми больными».

Инга КАТАРИНА.
По материалам BBC.

Мнения

В сражении с нейропатией

Учёные из Шанхайского института Материя Медика китайской Академии наук выявили новый биологический механизм, ответственный за развитие нейропатии, вызванной воздействием инсектицидов или нервно-паралитического химического оружия.

Кроме того, исследователи обнаружили возможные лекарственные препараты, способные излечить ранее неизлечимое заболевание. Как пояснили исследователи, органофосфаты (ОФ), химические вещества, содержащиеся в инсектицидах, гербицидах и нервно-паралитических газах, например в зарине, повреждают сенсорные нейроны, активизируя определённые каналы в клеточной мембране нейрона.

Активация каналов, называемых TRPA1, вызывает гиперактивацию нейрона, которая приводит к его повреждению, что проявляется в виде боли, жжения на коже, мышечной дистрофии и паралича.

Исследователи вывели лабораторную линию мышей, генетически запрограммированных на отключение канала TRPA1.

В результате их нейроны не пострадали от последствий отравления химическими веществами – по крайней мере не было обнаружено ни одного признака повреждения. По мнению учёных, это убедительно доказывает, что TRPA1 является посредником ОФ-индуцированной нейропатии и может быть эффективно дезактивирован лекарственными препаратами.

В частности, исследователи обнаружили 2 уже существующих на рынке препарата, которые эффективно убирали признаки нейропатии у подопытных животных. Теперь команда учёных намерена продолжить исследования, чтобы разработать методику лечения людей.

Борис БЕРКУТ.
По материалам ABC News.

Раз мы улыбаемся, значит, нам хорошо... Совершенно не так. За каждой улыбкой скрываются самые разнообразные эмоции, и только 6 из 19 существующих видов улыбок свидетельствуют о хорошем настроении. Тогда почему мы улыбаемся, если на душе у нас совсем другие чувства?

Загадки мимики

Шёл 1924 г., студент Университета Миннесоты (США) Карни Лэндис проводил эксперимент с группой, состоящей из его однокурсников, преподавателей, а также пациентов психиатрической клиники (был в ней и 13-летний мальчик). Чтобы создать непринуждённую атмосферу, Лэндис переоделся, спрятав лабораторное оборудование, задрапировал окна, а на стенах развесил картины. Карни хотел определить роль мимики в выражении различных эмоций — например, таких как боль или шок. Ради этого готов был сделать так, чтобы участники эксперимента действительно их испытали.

Карни усадил их в удобные кресла, а затем нарисовал на их лицах мимические линии, чтобы лучше видеть гримасы, вызванные опытами. В течение 3 часов он фиксировал эмоции участников эксперимента, сделав их объектами странных и порой неприятных шуток. То у них под креслом взрывался фейерверк, то их било током, пока они нащупывали у себя под креслом ведро с... живыми лягушками. В довершение всего Лэндис принёс живую белую крысу и попросил отрезать ей голову. Подобные методы, несомненно, нарушали любые нормы научной этики, однако результаты его исследования впечатляют. Даже в ходе самых жестоких экспериментов наиболее типичной реакцией людей были не слёзы и не гнев, а... улыбка.

Чем это можно объяснить?

В западной культуре нас окружают улыбки, но не все они означают счастье. Улыбка, которую мы с такой готовностью надеваем при любых обстоятельствах, уже никого не удивляет, она — на уровне рефлекса. Нам улыбаются с экранов телевизоров, рекламных щитов, обложек книг-инструкций, а иногда просто случайные прохожие. Улыбчивые люди производят на нас хорошее впечатление и кажутся более дружелюбными.

Однако всё не так просто. Именно 6 видов улыбки свидетельствуют о хорошем настроении. Остальные отражают ряд неприятных чувств: смущение, неловкость, страх и даже страдание. Улыбка может выражать презрение, гнев и недоверие. За ней мы пытаемся скрыть растерянность или то, что мы лжём.

Искренняя радостная улыбка появляется на нашем лице, когда мы сделали что-то для собственного благополучия, она выражает чувство удовлетворения. А вот остальные виды улыбок несут в себе совсем другую информацию.

«Некоторые из них возникли как способ показать, что мы не представляем собой угрозы и настроены сотрудничать, другие без ненужной агрессии сообщают оппоненту, что в этой ситуации мы сильнее его», — отмечает психолог из Висконсинского университета в Мэдисоне (США) Пола Ниденталь.

Вежливая улыбка означает, что мы готовы следовать правилам. Но она также может быть эффективным способом манипулирования другими людьми, способом отвлечь их от понимания того, каковы наши истинные чувства. Если совсем коротко: чаще всего этот универсальный символ счастья используется в качестве маски.

«Гусиные лапки»

Первые попытки расшифровать все возможные значения улыбки предпринял в XIX веке великий французский физиолог Гийом

Дюшен (известный также как Дюшен Булонский). Учёный прибежал к стимуляции мимических мышц с помощью электрического разряда. Поскольку такая процедура была очень болезненной, сначала он проводил свои эксперименты, используя... отрубленные головы революционеров.

Но Дюшену повезло. Ему случайно повстречался пациент одной из парижских клиник, лицо которого не чувствовало боли. Врач провёл с ним множество опытов, подключая электроды к различным мышцам и получая самые разные гримасы. В общей сложности француз зафиксировал 60 выражений лица, за каждое из которых отвечала

«Когда шимпанзе испытывают чувство страха, они демонстрируют зубы в оскале», — объясняет Занна Клей, приматолог из Университета Бирмингема. Это выражение подчинения, которое шимпанзе используют в присутствии доминантных особей группы.

И хотя мы, как правило, не связываем улыбающееся лицо человека с чувством опасности, существует достаточно свидетельств того, что именно из такой подобострастной мимики и произошла наша искренняя улыбка. У детей, например, широкая улыбка может означать как удовольствие, так и боль. А мужчины, как показали исследования, чаще улыбаются в присутствии

олимпийцев и паралимпийцев, они выяснили, что такая улыбка, как правило, появлялась на лицах серебряных медалистов, которые проиграли победителю в последний момент.

Однако нынешняя искренняя улыбка не всегда была в моде. Например, в XVII веке считалось неприличным откровенно выражать свои эмоции. Улыбаться, демонстрируя зубы, было признаком плебейства.

«Революция улыбки» произошла лишь спустя столетие, когда французские аристократы, наслаждаясь жизнью в недавно открытых кафе, вернули моду на счастливое выражение лица. Впрочем, во многих

Презрительная усмешка: ещё одно двусмысленное выражение лица, в котором можно найти и отвращение, и негодование, и презрение в разных пропорциях. Она очень похожа на искреннюю, но уголки губ при этом, обычно, сжаты.

В культуре стран Востока, которая менее ориентирована на удовлетворение потребностей индивидуума, любые негативные эмоции скрывают за вежливой улыбкой. «На моей родине, в Индонезии, гнев считается неприемлемой эмоцией, поэтому чем более сердиты люди, тем больше они улыбаются», — отмечает Зара Амбатар.

Злорадная улыбка: по понятным причинам такую эмоцию, как радость

Гипотезы

Поделитесь улыбкою своей...

Дежурный ритуал, внезапный манёвр и тайна Джоконды



Мимическая вариация

отдельная группа лицевых мышц его подопечного.

На одной из фотографий, сделанных Дюшеном, бедолага широко улыбается беззубым ртом и выглядит абсолютно, до идиотизма, счастливым. Это выражение лица потом так и назвали: «улыбка Дюшена» — искренняя улыбка, которая выражает удовольствие и незамутнённое счастье. Её отличительная черта — характерные морщинки в уголках глаз, так называемые гусиные лапки.

«Учёные, однако, выяснили, что у некоторых народов искренняя улыбка необязательно должна сопровождаться «гусиными лапками», — отмечает профессор Ниденталь.

И тут мы подходим к вопросу, который занимал умы учёных — от Дарвина до Фрейда. Является ли наша мимика инстинктивной и универсальной для всех людей или она зависит от культуры и воспитания?

Вывод Дарвина

Несмотря на то что искренняя улыбка считается сейчас наиболее естественной, некоторые учёные полагают, что на самом деле её корни — в мимике с совсем другим значением. Кое-что в этом вопросе могут прояснить наблюдения за человекообразными обезьянами.

людей с более высоким статусом.

Дарвин считал, что мимика инстинктивна и изначально выполняла вполне практические функции. Например, когда человек поднимает брови от удивления, это увеличивает его поле зрения, что, очевидно, помогало нашим предкам рассматривать хищника в засаде. А улыбка с широким оскалом свидетельствует о готовности защищаться и укусить.

Для доказательства своей теории Дарвин продемонстрировал знакомым фотографам

людей с разными выражениями лица, сделанные Дюшеном. Все 20 участников эксперимента безошибочно и единодушно определили эмоции на 11 фотографиях — от удовольствия до страха, от грусти до удивления.

Так, Дарвин пришёл к выводу, что эмоции у людей разных народностей выражаются с помощью универсальной мимики. Даже если вы призёр Олимпиады, но заняли второе место, глаза выдадут вашу грусть, несмотря на широкую улыбку. Улыбка действительно возникает инстинктивно и не только тогда, когда мы испытываем удовольствие.

Немного асимметричный изгиб губ с выражением глубокой скорби в глазах — это несчастная, кривая улыбка, которая выражает стоицизм: «сжать зубы и терпеть». Исследователи обнаружили этот тип улыбки, снимая скрытой камерой людей, наблюдающих ужасные сцены насилия в кино, а также у пациентов, страдающих депрессией. Такая улыбка — социально приемлемый способ показать, что вам грустно или больно.

В 2009 г. исследователи из Университета Сан-Франциско (США) обнаружили, что это выражение лица запрограммировано в нашей ДНК. Проанализировав более 4,5 тыс. фотографий спортсменов-

странах существенных изменений в этой области этикета так и не произошло. К примеру, известная русская поговорка гласит: «Смех без причины — признак дурачины». А в пословице для иностранных работников, изданном норвежским правительством, отмечается: «...Вы уже достаточно долго живёте в Норвегии, если принимаете идущего по улице улыбающегося незнакомца а) за пьяного; б) за сумасшедшего; в) за американского туриста».

Следуя классификации

«Сдерживая улыбку, мы опускаем уголки рта вниз или сжимаем губы, как бы говоря: «я не должен улыбаться», — отмечает Зара Амбатар, когнитивный психолог из Университета Питтсбурга (США). Это объясняет, почему в Японии, где этикет обязывает сдерживать эмоции на людях, распространена улыбка глазами. Желание улыбаться может быть универсальным, однако насколько улыбка уместна и как её интерпретировать, зависит от правил и норм культуры.

Смущённая улыбка: она очень похожа на сдержанную, но обычно сопровождается румянцем, и ей может предшествовать неловкая ситуация. Так улыбаясь, человек часто наклоняет голову вниз и немного влево. Дежурно-сожалеющая улыбка: такой улыбкой вас одаривает сотрудник супермаркета, который, после того как вы выстояли очередь, любезно сообщает, что «возврат товаров осуществляется на четвёртом этаже». Или администратор отеля, который объясняет вам, что свободные номера появятся не ранее, чем через год.

Эта улыбка призвана смягчить неприятную для клиента новость. Для неё характерна немного приподнятая нижняя губа и небольшой наклон головы в сторону. Этот тип улыбки, пожалуй, нас раздражает более других, поскольку мы невольно улыбаемся в ответ, хотя причины для радости нет никакой. Дежурно-сожалеющая улыбка очень похожа на три других, использующихся при иных обстоятельствах.

Покорная улыбка, часто появляющаяся на лицах тех, кто стал жертвой заученной улыбки, показывает смирение: мол, хорошо-хорошо, никто не собирается поднимать шума. Улыбка скоординированного ответа показывает, что согласие достигнуто. И, наконец, улыбка слушателя, обычно сопровождаемая звуками («угу»), подчёркивающими уделяемое беседе внимание, и частыми кивками.

из-за неудачи другого, необходимо скрывать. Но это не всегда просто сделать. «Если человек уверен, что его не видят, он выражает злорадство широкой радостной улыбкой — «улыбкой Дюшена», — говорит психолог из Университета Цюриха (Швейцария) Дженнифер Хоффман. Однако, когда на нас смотрят, мы пытаемся скрыть злорадство, избирая на лице возмущение. В результате чего рождается довольно жуткая ухмылка, которая стала визитной карточкой классических злодеев из фильмов ужасов.

Смешанная мимика свойственна и другим подобным видам улыбок, которые могут выражать льстивое презрение, приятно щекощущий нерв страх или сладкую печаль. Фальшивая улыбка: этот вид сопровождается приветствием и вежливым ответом: «Всё хорошо», когда мы скрываем наши настоящие чувства. Улыбка — универсальный способ придать себе привлекательности, поэтому если вы улыбнётесь своему отражению в зеркале примерочной, вы, скорее всего, купите то, что примеряли (об этом свидетельствуют результаты исследования, проведённого в 2013 г.).

Улыбка придаёт словам больше искренности, когда люди говорят неправду. Американский комик Кин Хаббард шутил: «Если вы не видели, как ваша жена улыбается дорожному полицейскому, вы не видели самой её очаровательной улыбки». Но как понять, насколько искренне вам улыбаются? Если улыбка неискренняя, она может быть слишком внезапной или, наоборот, затанутой. Она выглядит неестественно и не синхронизируется с тем, что мы говорим. В открытой улыбке есть нечто большее, чем просто прищур глаз или блеск зубов.

Кокетливая улыбка: любая классификация улыбок была бы неполной без знаменитой улыбки Джоконды. Несмотря на всю таинственность, окружающую эту работу Леонардо да Винчи, определить значение улыбки Моны Лизы оказалось несложно. Психологи уже давно пришли к выводу, что это — женское кокетство в самом его притягательном и невинном виде.

Его модель, Лиза Джоконда, очевидно, сидела, улыбаясь и глядя вдаль, но потом украдкой посмотрела в сторону художника, и он поймал это выражение лица: с мимолётной улыбкой, одновременно и игривой, и смущённой.

Юлия ИНИНА.

По материалам ВВС.

Далёкое — близкое

Скорую вызывали?

120 лет назад в Российской империи была создана первая станция скорой помощи

Московский обер-полицеймейстер в одном из приказов за 1875 г. заметил, что его подчинённым нередко приходится «прилагать свою заботливость к людям, утратившим сознание или находящимся без признаков жизни, вследствие утопления, удавления, угара, удушья не годным для дыхания воздухом, замерзания, поражения молнией и опьянения». Здесь также шла речь о горожанах, пострадавших от ушибов, ран, кровотечений, вывихов и переломов. Во всех этих случаях, конечно, было важно сохранить здоровье попавшим в беду.

Особая брошюра

Далее в официальном приказе обер-полицеймейстера стоят такие весьма простые слова: «В этих видах по сношению моему с председателем Общества подания помощи при кораблекрушениях были прочитаны в августе прошедшего года доктором Морского министерства Миллером лекции по изъяснённым предметам городским здешней полиции. Практичность приёмов, предложенных господином Миллером, и популярность изложения им лекций не оставляют никакого сомнения в пользе наставления его для полицейских чинов. Находясь в этом убеждении и принимая во внимание, что, с одной стороны, подробности прочитанных Миллером лекций могут утратиться со временем из памяти слушавших его городовых, а с другой — останутся вовсе не известными для вновь поступающих в полицию нижних чинов, я приказал отпечатать означенные лекции особой брошюрой под названием «Наставление для оживления мнимоумерших [...]». Препровождая эту брошюру, подписываю распоряжаться, чтобы содержание её было вполне знакомо всем полицейским, как офицерам, так и нижним чинам, которым один из офицеров по избранию пристава должен в свободное от занятий время её читать и объяснять практически все изложенные в ней приёмы по крайней мере раз в месяц. О том же, на кого будет это возложено, прошу господ пристава мне донести».

Одесская — лучшая

Специальной по этой части организации в мире не существовало до 1881 г., когда 8 декабря в Вене в огне при пожаре Ринг-театра погибли 479 человек. Ещё больше было обожжённых, израненных, искалеченных.

Новое учреждение стало называться «Венским добровольным спасательным обществом». При нём сформировалась пожарная команда из добровольцев, спасательная лодочная команда и две городские станции.

Вскоре во многих странах мира специальные станции, по образцу венской, были устроены в городах Западной Европы, а в 1897 г. — и в Российской империи (Варшаве, Лодзи, Вильне, Киеве, Одессе и Риге).

Лучшей станцией скорой помощи в России стала одесская, во многих отношениях превосходявшая даже старейшие и богатейшие станции Европы — в Вене и Будапеште.

За пятилетие (1903-1908) Одесская станция оказала помощь 15 196 лицам. Здесь на службе было 8 врачей, столько же санитаров, 4 кучера и 3 других служащих.

Станция располагала 4 своими каретами и 10 лошадьми для перевозок больных. Она содержалась исключительно на средства благотворителя графа М.Толстого и обходилась ему ежегодно в сумму до 23 тыс. руб.

Персонал любой станции скорой помощи не ограничивался работой на уже произошедшем несчастном случае. Станции высылали свои кареты и врачей с необходимыми медикаментами и снаряжением по пути следования разных процес-



В ожидании вызова к больному...

сий, на парады, народные гулянья, скачки. Туда, где могли быть толпы народа, толкотня, давка. Медицинские станции, помимо оказания скорой помощи, занимались и просветительской деятельностью, устраивая учебные курсы, лекции, издавая брошюры по своему предмету.

Провальная затея

В прессе 1894 г. можно заметить некоторые рассуждения по поводу «самаритянского дела».

Шёл разговор о том, что в России самаритянство — оказание первой медицинской помощи пострадавшим от несчастных случаев — не имело «ни системы, ни надлежащей постановки». По сведениям о 4 тыс. таких случаях в Санкт-Петербурге за 1892 г., большинство пострадавших доставлялось в участки, или в больницы, где часто не оказывалось свободных мест.

Поскольку жизнь человека в любом городе всегда подвержена случайным опасностям, предполагалось создать при полицейских участках отделения благотворительного общества, наподобие германских Samariten Verein. Сразу же вслед предложению об учреждении нового общества было подписано ходатайство властям от 10 гласных столичной Думы.

В 1903 г. в Санкт-Петербурге уже планировалось открыть на Морской улице «Музей различных способов подачи первой помощи в несчастных случаях». В его отделы вошли бы экспонаты по спасанию во время пожаров, на водах, в обиходной жизни, при неосторожном обращении с электричеством и др. По вечерам здесь проходили бы чтения лекций и занятия по навыкам искусственного дыхания, остановкам кровотечений, по перевязкам, транспортированию раненых. Однако, по неизвестным данным, задуманное учреждение не было открыто.

На содержание вдовы

О незавидном положении в Москве врачей, оказывавших экстренную помощь жителям города, москвичи узнали в начале 1892 г. из газет.

В городе сложилась непонятная ситуация, в которой все санитарные врачи, работавшие в кабинетах на приёме больных и имевшие от своей работы неплохой доход, получали бесплатные билеты на транспорт. А вот полицейские разъездные врачи, к которым тогда за срочной помощью обращалась московская публика, тратили собственные деньги на извозчиков. Полицейским врачам

из-за не столь широкой практики (с небольшим количеством пациентов) выплачивалось значительно меньшее жалованье.

Мало того, в штате московской полиции состояло 12 врачей, вовсе не имевших денежного содержания. А ведь именно полицейские врачи чаще всего приходили на помощь беднейшим слоям населения. Неправедливость была заметной.

И тогда было предложено всех полицейских врачей Белокаменной снабжать бесплатными билетами для проезда по всем линиям конно-железных дорог...

С 1897 г. семь полицейских домов имело собственные кареты для выездов фельдшеров для бесплатного оказания «первого пособия» и перевозки в больницы пострадавших на улицах и в общественных местах. Кареты содержались исключительно на средства вдовы потомственного почётного гражданина Анны Кузнецовой.

Общество при полиции

Весной 1898 г. москвичам было объявлено, что по инициативе начальника городской полиции полковника Д.Трепова образуется общество по устройству приёмных покоев при полицейских домах. Его устав был послан в Санкт-Петербург на утверждение.

В газетах прописывалось: «При Суцёвской и Сретенской полицейских частях будут работать специальные фургоны для того, чтобы заболевших и ушибленных на улицах людей отправлять на этих фургонах в приёмные покои. При фургонах будет находиться врач для подачи первой медицинской помощи этим людям». И уже 28 апреля названные санитарные станции общества начали свои действия.

До того в большинстве случаев полицейская медицинская помощь подавалась достаточно быстро и своевременно. Тем не менее в некоторых происшествиях (в особенности при несчастных, требовавших хирургического вмешательства) чувствительным недостатком являлось полное отсутствие антисептических жидкостей для промывания ран, перевязочных средств, удобных носилок и, самое главное, постоянного экипажа для перевозки больного в больницу.

Первая пара специальных фургонов для скорой медицинской помощи (а такое название сразу же было взято в обиход) была выпущена из Парижа инициатором преобразованного дела Д.Треповым на средства, пожертвованные А.Кузнецовой.

После доставки 2 экипажей в Москву было совершено молебствие и их освящение.

Устройство спецкареты

Каждая карета представляла собой тип омнибуса на мягких рессорах и на резиновых шинных колёсах. Её длина — около 3 аршин, ширина — около 2 аршин. В боковых стенках сверху имелись окна со вставленными матовыми стёклами. Задняя стенка открывалась двумя дверками.

Деревянные части кузова кареты были обиты внутри коричневой кожей, за исключением передней стенки, в которой поднималась нижняя доска, а за ней — в ящике под сидением кучера — располагалась коробка с перевязочными средствами и инструментами, с халатом для врача.

На небольшой полке над этим ёмким ящиком был прикреплён фонарь с хорошим рефлектором. В правом углу кареты, постоянно наготове — большая эсмарховская кружка с антисептической жидкостью.

Всю левую сторону «салона» занимали, в рост обычного человека, носилки на рельсах. На эти рельсы носилки с человеком легко ставились и вынимались из экипажа.

Внутри, на правой стороне кареты, имелись подъёмные сиденья для врача и фельдшера, чтобы они могли свободно наблюдать за пострадавшим и оказывать необходимую помощь прямо в пути.

Рядом с кучером кареты помещался санитар. В ногах у кучера имелась педаль от рычага, связанного с большим ударным звонком. Во всё время пути звонок приводился в действие кучером. И все ехавшие экипажи, вагоны конки, прочие участники дорожного передвижения останавливались и давали свободу для спешившей на вызов кареты.

Снаружи карета была окрашена в тёмно-коричневый цвет. На боковых её стенках имелись надписи крупными буквами «Скорая медицинская помощь».

Подобными фургонами предполагалось оснастить и другие полицейские части, а первые два — поставить при лечебнице «Русских врачей» на Арбате.

На местах готовых к выезду экипажей было постоянное дежурство врачей. И не только полицейских, но и частным образом практиковавшихся, давших на то согласие.

Согласно инструкции

В район действия Суцёвской станции «Скорой медицинской помощи» при Суцёвском полицейском доме попадали Суцёвская часть и Второй участок Пресненской части в пределах Камер-Коллежского вала, Бутырская улица Третьего участка Суцёвской части. Деятельность же Сретенской станции распространялась на всю Сретенскую часть города, Второй и Третий участки Тверской части, Второй участок Арбатской части и Первый участок Мясницкой.

Полковник Д.Трепов предложил задействованным в оказании помощи населению полицейским-начальникам и врачам: «твёрдо ознакомить всех подведомственных им чинов полиции, в особенности же постовых, ночных сторожей и дворников, с условиями деятельности учреждаемых санитарных станций и разъяснить им цель и значение таковых».

15 мая 1902 г. в Москве открылась уже 7-я станция скорой медицинской помощи при Пресненском полицейском доме.

На страницах издания «Вся Москва. 1916 г.» я нашла такую ёмкую информацию:

«Общество «Скорая медицинская помощь» (учреждено 19 мая 1908 г.) оказывает бесплатную медицинскую помощь потерпевшим от несчастных случаев на улицах, во всех общественных местах, на фабриках, железных дорогах и пр. Подача медицинской помощи в частных квартирах обязательна. Деятельность общества заключалась: 1) в устройстве в разных местах города по мере надобности и средств общества станций, на которых днём и ночью должны дежурить врачи; 2) в содержании при станциях санитарных экипажей [...]; 3) в организации специальных курсов и лекций [...]; 4) в издании журналов, книг, отчётов [...], в открытии и содержании лечебных заведений для нужд, в неотложном медицинском посещении [...], в устройстве лабораторий и библиотеки».

Пожизненные члены вносили 100 руб. (единовременно) в кассу этого общества. Практическую работу общество начало 27 мая 1912 г. Оно существовало на средства членских взносов и разных пожертвований (деньгами и предметами), из сборов со спектаклей, концертов, балов, публичных лекций, базаров и пр. Доходы поступали и от принадлежавших обществу имуществ и сумм, передававшимся по отказам и дарственным.

С большими трудностями устроенная первая станция общества на Долгоруковской улице (с 4 сменными на круглосуточных дежурствах врачами) только за первое полугодие работы оказала помощь в 400 случаях.

Преодоление угрозы

Очень скоро — к концу 1912 г. — общество стало так сильно испытывать трудности в средствах, что его члены думали вовсе закрыть организацию. Прошло общее собрание. После дебатов было решено всё-таки продолжать всеми возможными и невозможными силами, начатую работу, высоко оценённую москвичами. Настроение подняла именно их поддержка.

В прессе было растиражировано воззвание к москвичам, начинавшееся такими словами: «Организация дела подачи скорой медицинской помощи в несчастных случаях составляет насущную потребность всех современных культурных городов. Москва в этом отношении, несмотря на организацию полицейской скорой медицинской помощи, отстала не только от городов Западной Европы, но даже от некоторых наших провинциальных городов: в Одессе, Варшаве, Киеве, Туле, Ярославле, Риге давно уже существуют общественные благотворительные станции скорой медицинской помощи».

Вместе с тем по-прежнему извозчики перевозили больных в приёмные покои при полицейских участках за плату от Городской управы — по 25 копеек за человека...

В наши дни, конечно, проблемы решены. Даже создан институт скорой помощи. Но это уже, как говорится, другой разговор.

Татьяна БИРЮКОВА,
москвовед.

Вышла в свет новая книга московского педиатра, детского гематолога и онколога, члена Союза писателей России, давнего автора «Медицинской газеты», доктора медицинских наук Василия Полякова. «Хрупкое счастье» — так называется сочинение, основанное на документальных исторических фактах. Сегодня публикуем одну из его глав.

На литературный конкурс

Василий ПОЛЯКОВ

Драма индейской принцессы

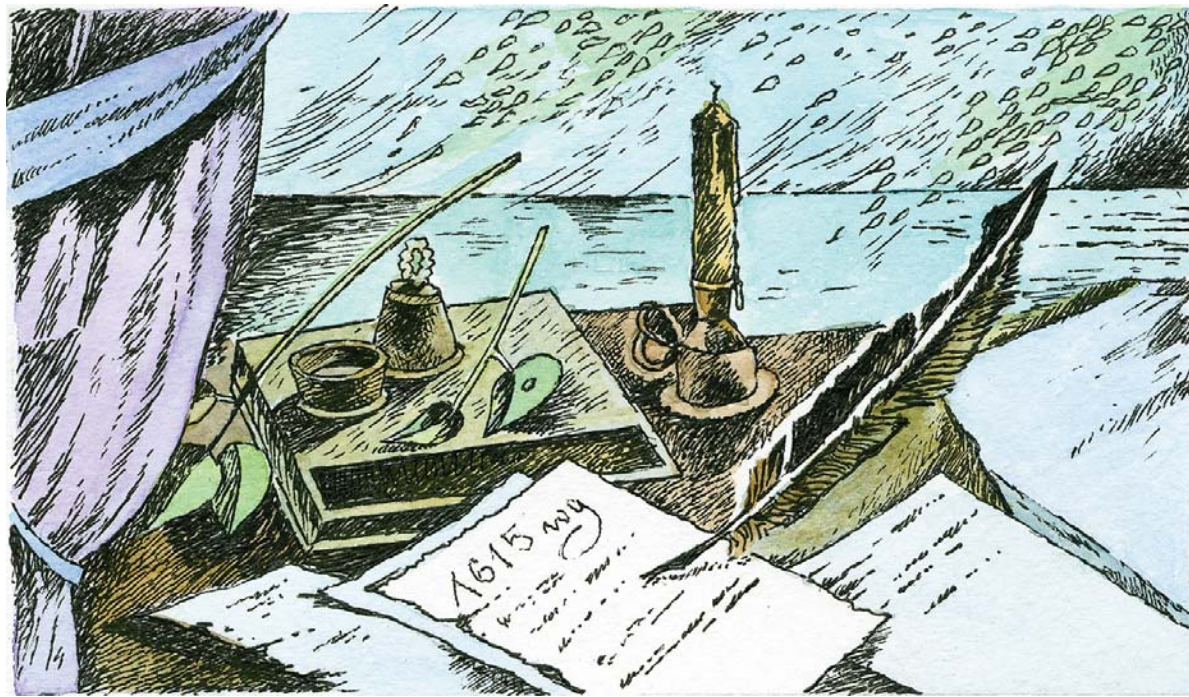
В мае 1607 г. в гавань Чесапикского залива североамериканского континента медленно входил большой парусный корабль. Покрытые кустарником высокие берега залива хранили безлюдье и загадочную тишину. На палубу высыпали люди. Это были англичане, которые у себя на родине начитались летописей испанских конкистадоров и были уверены, что североамериканские индейцы имеют золота никак не меньше, чем ацтеки.

Никто из моряков, конечно, не разглядел, что за ними пристально наблюдают. Так скрытно и бесшумно это превосходно умели делать индейцы. А в этот раз за кораблём и моряками внимательно следили глаза 12-летней индейской девчонки по имени Мотоака, данному ей при рождении и известному только членам её семьи. Для всех остальных она на всю жизнь осталась под именем Покахонтас — «маленькой резвой девочки». По верованиям индейцев, выдуманное имя способно было предохранить её от порчи из злобы или зависти.

Внимательно наблюдая за англичанами в течение многих дней, Покахонтас вовремя определила их подготовку к военной вылазке и успела предупредить о ней соплеменников.

Конечно, военное столкновение состоялось, на выстрелы англичан индейцы отвечали меткими стрелами. Были ранены и убиты с обеих сторон, но стычка не привела англичан к победе. Более того, некоторые из раненых англичан попали в плен. Одним из пленников индейцев оказался английский офицер, белокурый голубоглазый капитан Джон Смит. Среди своих соплеменников Покахонтас не встретила такого великодушного человека, беспомощного из-за своего ранения, но мужественно державшегося при допросе в присутствии вождя племени и его братьев. Красота и мужество англичанина сразили Покахонтас. После допроса, со слезами на глазах девушка обратилась к отцу с просьбой проявить великодушие к пленникам и не убивать их. Победители часто бывают великодушны. А просьба исходила от любимой дочери вождя, которая своевременно предупредила отца о военной вылазке англичан.

Англичан помиловали. И теперь главной заботой Покахонтас стала помощь раненым англичанам, приготовление питья и пищи для них, раздача им специфических индейских снадобий, от которых быстро проходила лихорадка, заживали раны, становился глубоким и крепким сон. Забота и



ласка Покахонтас сделала своё дело, и через несколько месяцев Джон Смит поправился. И пришла любовь. Индейская девушка отдалась капитану Смиту и стала его любовницей.

А остальным пришельцам-англичанам, не одержавшим победы, как-то нужно было выживать и питаться... Вот тут-то индейцы проявили к пришельцам настоящее великодушие. Сначала они щедро поделились с голодающими белыми кукурузой, а потом научили пришельцев возделывать местные культуры и охотиться за индоками.

...Прошёл год. К осени англичане отстроили своё поселение и в знак благодарности пригласили в него индейцев и усадили их вместе с собою за столы, главным украшением которых было домашнее вино и жареная индейка с яблоками. Так впервые переселенцы-англичане отпраздновали День благодарения.

А с капитаном Смитом через некоторое время случилась беда. Колонисты поселения пытались самостоятельно делать порох. Но в один из дней порох взорвался, в результате чего Джон Смит получил тяжелейшее ранение лица, рук, живота. Для спасения жизни его отправили на корабле в Англию. Поскольку случившийся взрыв пороха было не скрыть и тяжёлое ранение Смита казалось вряд ли совместимо с жизнью, Покахонтас сообщила, что Джон умер. Как же долго плакала и горевала девушка! Но прошло время, и она послушно

вышла замуж за своего знатного соплеменника по имени Кокоун.

А поселение англичан росло и разрасталось. В него приезжали новые колонисты. И один из вновь прибывших военных задумал подлую затею. Он решил похитить молодую красивую женщину, а затем потребовать за неё у мужа Покахонтас и её отца большой выкуп в виде зерна и золота. Подлецам свойственна чёрная неблагодарность. Осуществить свой мерзкий план англичанину было нетрудно. Покахонтас к тому времени уже хорошо говорила по-английски, интересовалась европейской культурой и часто навещала английское поселение.

По заданию англичанина как-то поздно вечером несколько бандитов молниеносно схватили Покахонтас, связали, надели на голову мешок и с тщательной предосторожностью отвезли далеко от родных мест, в поселение Хенрико. Выполнив свою задачу, бандиты сдали пленницу под надзор солдат, хорошо заплатив им, а сами удалились.

Солдаты тут же послали одного из своих за вином. Потом они веселились, хохотали, бражничали и всё пытались осмеивать и лапать индейскую принцессу. Когда солдаты уже сильно напились, их было не остановить. Чем жёстче сопротивлялась похищенная, тем развязнее вели себя военные. В конце концов им удалось сорвать одежду с женщины, но надругаться над ней они не успели. Сильная и ловкая

Покахонтас вырвалась из их рук и бросилась бежать что было мочи. Пьяные солдаты преследовали её. У женщины хватило сил добежать до английского поселения, и, оказавшись поздно ночью на главной улице, она громко закричала: «Помогите!»

На её счастье на улицу тут же выскочил плантатор Томас Ролф и увидел красивую обнажённую женщину, преследуемую пьяными солдатами. Он выхватил из кобуры пистолет и несколько раз пальнул из него над головами преследователей. Солдаты остановились и не посмели преследовать женщину и напасть на всем известном знатного и богатого человека. Томас Ролф быстро снял с себя куртку, укутал женщину и увёл её в свой дом. В этом доме Покахонтас и осталась.

Ролф счёл своим долгом познакомиться с освобождённой им женщиной с основами христианской религии. А поскольку Покахонтас и по европейским меркам была очень красивой женщиной, Томас влюбился в неё, а она ответила ему взаимностью...

Когда муж и родственники Покахонтас всё же выплатили выкуп и она вернулась в племя, соплеменники услышали из её уст неожиданное. Покахонтас заявила, что теперь уже не может жить с Кокоуном, потому что полюбила англичанина Ролфа. Мудрые соплеменники поняли, что любовь не задумывать и не заключить в темницу. Индейцы отпустили её, и она вернулась к Томасу.

Но Ролф очень переживал, что сожительство с язычницей. Чтобы утешить его, Покахонтас согласилась принять христианство. После крещения Покахонтас дали имя Ребекка. Согласно библейским преданиям, Ребекка была черноволосяй и смуглой и родила двух близнецов, ставших родоначальниками двух наций. Возможно, именно этого ожидали и от Покахонтас, когда 5 апреля 1615 г. венчали её с Томасом Ролфом. Но Покахонтас родила только одного мальчика, которого крестили и дали отцовское имя Томас.

После их свадьбы воцарился восьмилетний мир с индейцами, за время которого английские поселения окрепли настолько, что потом могли дать отпор местным жителям.

Томас Ролф был ещё и прагматичным дельцом-бизнесменом. Он понимал, что своё дело надо расширять, а для этого нужно получить королевское разрешение. Оставив сына на попечение нянек, Томас с женой отплыл в Англию.

С помощью связей Ролфу удалось попасть на приём к королю Якову I и представить королю и двору свою очаровательную супругу. Покахонтас (Ребекка) произвела подлинный фурор. Индейскую принцессу принимали восторженно. Ей отвечивали поклоны, говорили добрые слова и комплименты, посвящали сонеты. Её пригласили позировать для портретов и картин несколько видных художников. Конечно же, её муж получил все необходимые разрешения.

Томас Ролф восторгался и гордился своей обворожительной экзотической супругой. Настало время возвращаться в Америку, наняли корабль...

А перед самым отъездом Покахонтас заразилась корью. Эта обычная для европейцев в детском возрасте болезнь стала смертельной для цветущей индейской женщины. У индейцев нет врождённого иммунитета к этому коварному вирусу.

Умирая, Покахонтас утешала мужа тем, что ему остаётся в память о ней ребёнок. Сын. Наследник.

22-летнюю индейскую принцессу Ребекку (Покахонтас) Ролф похоронили в Англии, в часовне приходской церкви города Грейвсэнд. После похорон Томас Ролф уплыл в Америку, к сыну...

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

Дежурный член редколлегии — В.ЕВЛАНОВА.

Справки по тел.: 8-495-608-86-95, 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 № 17-07-00230 Тираж 23 800 экз. Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.

Корреспондентская сеть «МГ»:

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

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

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