

Медицинская

18 марта 2015 г.
среда
№ 19 (7541)

Газета®

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

Профилактика

Остановить беду на пороге

На это настроены медики Прииртышья, проводя тотальную санацию роддомов



Жительницам Омска, которые летом готовятся к появлению малыша на свет, акушеры-гинекологи советуют заблаговременно выбрать родильный дом. Дело в том, что на днях в Министерстве здравоохранения Омской области утвердили график дезинфекции и санитарной обработки учреждений родовспоможения, расположенных в «столице» Прииртышья.

Обеззараживание родильных домов – мероприятие серьезное. Проводится оно и с целью профилактики внутрибольничных инфекций. Для

В отделении новорожденных Омского клинического перинатального центра, как всегда, детям проводят необходимые процедуры

этих процедур роддом должен быть закрыт почти на 3 недели.

При составлении этого «расписания», сообщили в министерстве, учитывалось требование, которое запрещает одновременное закрытие двух роддомов, а также график отпусков медицинского персонала и график проведения ремонта коммунальных сетей в родильных учреждениях. Дезинфекция, подчеркнули в ведомстве, будет способствовать улучшению микроклимата

в родильных домах, снизит риск возникновения опасных инфекций. Будущие роженицы, получив родовой сертификат, могут выбрать в летний период по своему желанию любой из действующих роддомов. Для этого нужно лишь заранее обратиться к главному врачу учреждения родовспоможения.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

Перемены

«Местная» ВМП обходится дешевле

В Туве Республиканская больница № 1 получила лицензии на оказание высокотехнологичной помощи по целому ряду профилей: урология, челюстно-лицевая хирургия, травматология и ортопедия, офтальмология, нейрохирургия, абдоминальная хирургия.

Кроме того, больница лицензирована на оказание специализированной помощи по профилю «сердечно-сосудистая хирургия» и проведение рентгеноэндоваскулярных методов обследования. Территориальный фонд ОМС уже включил финансирование «дорогостоя» в план своих расходов.

В Минздраве Республики Тыва считают данное событие чрезвычайно важным: развитие системы ВМП на собственной клинической базе сократит для жителей региона время от момента постановки сложного диагноза до приглашения на операцию.

Лист ожидания высокотехнологичного лечения пустым не бывает: на смену тем, кто получает и использует заветную квоту, приходят новые больные.

Так, по данным Министерства здравоохранения республики, в минувшем году в федеральных клиниках получили дорогостоящую медицинскую помощь 750 жителей

региона, в том числе 226 детей, однако на начало 2015 г. в «очереди» больных, ждущих вызова на ВМП, значилась ещё 621 фамилия. Причём самыми востребованными в Туве услугами федеральных клиник являются как раз лечение онкопатологии, сердечно-сосудистой хирургия, травматолого-ортопедическая помощь. С нынешнего года значительная часть больных сможет получить лечение высокотехнологичного уровня в клинике своего региона.

Елена ЮРИНА.
МИА Cito!

Кызыл.

Арсений МОДЕСТОВ,
заведующий лабораторией Научного центра здоровья детей, профессор:

Буду платить стипендию учащимся колледжа до тех пор, пока живу.

Стр. 4.



Алексей ИЛЬИН,
заведующий детским кардиохирургическим отделением Федерального центра сердечно-сосудистой хирургии Красноярск:

...Но, увеличение рождаемости в целом всегда влечёт увеличение доли детей с врождёнными пороками развития, в том числе и сердца – это закономерность.

Стр. 5.



На рынке медизделий вслед за стагнацией отмечается снижение спроса на продукцию. В 2015 г. эксперты ожидают снижение спроса на 10%, а по некоторым позициям – до 25%.

Стр. 12.



Инициатива

Офтальмологи — за высокий уровень общения

Офтальмологи Крыма присоединились к очередному заседанию Научного общества офтальмологов Астраханской области, прошедшему в интернет-формате.

Коллеги из Ялты и Симферополя приняли участие в заседании по приглашению председателя общества, доктора медицинских наук, профессора Лии Рамазановой. Это их первый опыт профессионального интернет-общения уже на федеральном уровне.

Передовой опыт Астраханского общества офтальмологов, использующего в своих конференциях интернет-подключение, высоко оценивается не только в России. Интернет-технологии позволяют включать в научную программу доклады из любой точки земного шара, что значительно усиливает ценность заседаний. Участники конференции «Рефракционные нарушения - вариант нормы и патологии» имели возможность послушать доклады именитых

профессоров из Италии, Индии, Москвы и Самары и поучаствовать в дискуссии. К очередному заседанию, помимо отдалённых районов Астраханской области, были подключены офтальмологи Ростова-на-Дону, Волгограда, Калмыкии, Краснодара, Самары, Санкт-Петербурга. Офтальмологическое сообщество Крыма высоко оценило уровень работы Научного общества офтальмологов в Астраханской области, коллеги выразили желание быть постоянными участниками таких конференций.

На конференции также был представлен доклад Л.Рамазановой «Роль РОО «Врачебная палата Астраханской области» в саморегулировании профессионального сообщества, в процессах аттестации и аккредитации медицинских работников». После обсуждения доклада астраханские офтальмологи приняли решение о вступлении в состав РОО «Врачебная палата АО».

Василий СЕРЕБРЯКОВ.
МИА Cito!

Астрахань.

ОСНАЩЕНИЕ ОТДЕЛЕНИЙ НЕОНАТОЛОГИИ
ПРЕДСТАВИТЕЛЬСТВА В 60 РЕГИОНАХ РОССИИ
+7(495) 780-0793, 8-800-100-44-95; www.dixon.ru

Новости

Где регистратура лучше?

Как сообщил пресс-секретарь Минздрава России Олег Салагай, министерство объявляет конкурс «Поликлиника начинается с регистратуры».

Критерии по определению победителя будут не только организационные (создание в регистратурах условий, обеспечивающих своевременную запись и регистрацию больных на приём к врачу), но и этические и эстетические. Например, организация уютной атмосферы, вежливое и внимательное отношение к пациентам и др.

Информация о проведении конкурса будет доступна для ознакомления во всех поликлиниках страны. Оценить работу регистратуры сможет каждый пришедший в поликлинику, заполнив анкету в анонимной форме. Желающие смогут также отправить фото понравившейся регистратуры.

Органы управления здравоохранением каждого субъекта РФ определяют победителя, которым станет региональная поликлиника, набравшая наибольшее количество положительных отзывов граждан. Информация о поликлиниках-победителях будет направлена в Министерство здравоохранения РФ, где независимая комиссия до 1 октября 2015 г. определит лучшую регистратуру страны.

Олег ТИХОМИРОВ.

Москва.

Комплексно и не забывая
о профилактике

В Воронеже прошла межрегиональная конференция по вопросам профилактики слепоты у больных сахарным диабетом. Она состоялась на базе Воронежской областной клинической офтальмологической больницы.

Комплексный подход к профилактике слепоты у больных сахарным диабетом рассматривался как возможность повышения эффективности работы врачей по раннему выявлению и лечению пациентов с офтальмологическими проявлениями этого опасного недуга, улучшения преемственности между эндокринологами (диабетологами) и офтальмологами по сопровождению этой категории больных, а также повышения квалификации профильных специалистов. В ходе мероприятия врачи городских медицинских организаций, а также специалисты районных больниц обсудили вопросы комплексной диагностики и лечения офтальмодиабета, диагностики диабетической ретинопатии и др.

Оксана КОЗЛОВА.

Воронеж.

Центр для «особых» детей

В Костроме открылся центр помощи детям-аутистам. Городские власти выделили под него помещение, а средства на ремонт – около 400 тыс. руб., – собрали горожане.

С первых дней центр стали посещать 50 детей, страдающих аутизмом. Как правило, маленькие посетители испытывают трудности в общении и требуют особой заботы. В центре помощи с такими детьми работают логопеды, дефектологи, психологи. Среди методов, которые практикуют специалисты центра, – арттерапия и игротерапия, музыкальные занятия. Также в центре планируют консультировать родителей детей-аутистов.

Олег ТРОФИМОВ.

Кострома.

Ставка — на единый комбинат питания

– В организации питания пациентов больниц Волгоградской области, внедряющих систему аутсорсинга, происходят качественные изменения, – подчеркнул по итогам инспекции областной клинической больницы № 1 губернатор области Андрей Бочаров. – Система аутсорсинга даёт положительные результаты, но необходимо продумать возможность строительства крупного комбината питания для обеспечения социальных учреждений.

А.Бочаров ознакомился в лечебном учреждении с условиями приготовления и доставки пищи, а также пообщался с пациентами оториноларингологического и офтальмологического отделений. Большинство опрошенных им больных оказались довольны больничным питанием.

Губернатор уверен, что использование продукции местных производителей и специальная упаковка блюд позволит ещё больше повысить качество больничного питания.

Павел АЛЕКСЕЕВ.

Волгоград.

К логопеду с полисом ОМС

Работа медицинского логопеда в детских поликлиниках Приморского края будет оплачиваться по системе ОМС. Ранее это считалось нецелевыми расходами. Об этом заявила директор ТФОМС Приморского края Елена Агафонова, отвечая на вопрос главного врача детской поликлиники № 6 Владивостока в ходе очередного совещания с руководителями приморских ЛПУ.

Отметим, что главные врачи вынуждены были идти на нецелевое расходование денежных средств, чтобы оплатить работу медицинского логопеда. Долгое время по этому вопросу у Минздрава России и Федерального фонда ОМС существовали разногласия. В частности, в последнем не считали возможным оплачивать такую работу за счёт средств ОМС. Об этом фонд неоднократно информировал территории, где допускались подобные моменты.

Николай РУДКОВСКИЙ.

Владивосток.

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

События

Глобальный вызов —
глобальный ответ

Почему три четверти населения мира не имеют доступа к надлежащим болеутоляющим средствам?



Во время встречи в Доме ООН (слева направо) и.о. директора Информцентра ООН Юрий Шишаев, директор обособленного структурного подразделения Федерального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии Минздрава России профессор Евгения Кошкина, профессор Галина Корчагина

Ставя свои подписи под тремя конвенциями о международном контроле над наркотиками, на которых сегодня зиждется вся система многостороннего сотрудничества в этой сфере, правительства признали необходимость совместной ответственности и скоординированных действий. Именно об этом на днях шла речь в Доме ООН в Москве во время представления доклада Международного комитета по контролю над наркотиками (МККН) за 2014 г., который комментировала член МККН профессор Галина Корчагина.

Начиная с 1968 г. в соответствии с Единой конвенцией о наркотических средствах, МККН ежегодно готовит доклады, в которых рассматриваются наиболее актуальные проблемы в этой области. Надо отметить, что подготовленный экспертами МККН доклад за 2014 г. одновременно официально был представлен в нескольких столицах мира, в том числе и в

Москве. Одной из стержневых тем доклада, подготовленного этим независимым органом для реализации договоров по контролю над наркотиками, является необходимость применения всеобъемлющего, комплексного и сбалансированного подхода к реализации положений международных договоров о контроле над наркотиками.

В докладе МККН за 2014 г. отмечается, что, несмотря на рост потребления, в некоторых странах по-прежнему примерно 5,5 млрд человек, или три четверти населения мира, не имеют доступа к надлежащим болеутоляющим средствам. Более того, около 92% морфина, используемого в мире, потребляется всего лишь 17% мирового населения, главным образом в США, Канаде, Западной Европе, Австралии и Новой Зеландии.

Низкий спрос на опиоидные анальгетики для целей обезболивания во многих странах объясняется не нехваткой законно произведенного сырья (прежде

всего маковой соломой), а целым рядом других сложных факторов. К этим факторам относятся неэффективность режимов урегулирования, недостаточная профессиональная подготовка и осведомлённость медицинских работников, культурные традиции в вопросах обезболивания, экономические факторы, а также трудности в нахождении поставщиков и распределении таких препаратов.

Международный комитет по контролю над наркотиками заявляет о своей готовности оказывать поддержку правительствам в их усилиях по борьбе с проблемой наркотиков, а также подчёркивает важность взаимодействия с ВОЗ и другими соответствующими заинтересованными сторонами в целях обеспечения доступности находящихся под международным контролем веществ для использования в медицинских и научных целях.

Найля САФИНА,
корр. «МГ».

Москва.

Перспективы

Высокие технологии
получают поддержку

Распоряжением Правительства РФ здравоохранению Омской области выделена субсидия, размер которой превышает 82 млн руб. Назначение субсидии целевое – она выделена на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, не включённой в базовую программу обязательного медицинского страхования.

Сейчас экономическая ситуация в Прииртышье достаточно сложная, поэтому финансирование программы медицины высоких технологий

в 2015 г. осталось в регионе на прошлогоднем уровне – 316,1 млн руб. А за последние годы в этом направлении сделано немало. Если в

2009 г. такое лечение проводилось в 3 государственных учреждениях здравоохранения, то сейчас – уже в 17. При этом в 9 из них оказывают высокотехнологичную медпомощь, не включённую в базовую программу обязательного медицинского страхования.

И вот такое немалое подспорье из федерального центра: 82 млн руб. существенно повысят доступность для населения высокотехнологичной медицинской помощи.

Николай ВАСИЛЬЕВ.

МИА Cito!

Омская область.

Итоги и прогнозы

Наш слабый пол стал жить дольше и лучше

Вопрос сохранения и укрепления женского здоровья является одним из самых актуальных для системы отечественного здравоохранения. Об этом на днях напомнил пресс-секретарь Минздрава России Олег Салагай, говоря, что в настоящее время продолжительность жизни женщин в России достигла своего исторического максимума.

— Наша страна стала одной из немногих стран мира, выполнивших 4-ю и 5-ю цели развития тысячелетия ООН, существенно снизив показатели детской и материнской смертности — в 3 и 4,5 раза соответственно. В 2014 г.

нами достигнут исторический минимум по данным показателям, — пояснил он. — Сегодня здоровью женщин уделяется самое пристальное внимание. Проводится диспансеризация взрослых и детей, регулярные осмотры беременных способствуют раннему выявлению заболеваний и факторов риска их развития.

Это позволило повысить выявляемость злокачественных новообразований репродуктивной сферы у женщин на ранних стадиях до 70-80%, что сохранило жизнь более 15 тыс. женщин, своевременно получивших медицинскую помощь.

Снижается число воспалитель-

ных заболеваний репродуктивной системы у женщин (в 2013 г. по сравнению с 2012 г. на 3,5%, у подростков — на 7,5%).

Более 77% женщин охвачено бесплатным пренатальным скринингом, что в 3 раза больше, чем 3 года назад. Частота ряда осложнений беременности снизилась на 5-6,3%.

В России практически полностью удалось остановить вертикальную передачу ВИЧ: более 96% детей, матери которых инфицированы, рождаются здоровыми.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.

МИА Сити!

Москва.

Проекты

«Здоровье молодого поколения» начинается со спорта

В Москве прошла 11-я ежегодная конференция «Благотворительность в России». В рамках сессии «Партнёрство в благотворительности: новые вызовы для фондов и компаний» была представлена программа «Здоровье молодого поколения», целью которой является оказание помощи подросткам, в том числе в решении проблем со здоровьем, и предотвращение неинфекционных заболеваний.

Данная программа является глобальным проектом и реализуется в 16 странах мира. В прошлом году география программы расширилась — участником проекта стала Россия. Ключевой фокус проекта в России: помощь подросткам, живущим в детских домах, поскольку это одна из

наиболее незащищённых социальных групп нашего общества. Цель проекта — формирование культуры заботы о собственном здоровье, обучение навыкам общения со сверстниками вне стен детского дома, а также содействие в полноценной социальной адаптации к реальной жизни.

Программа реализуется в пилотном регионе — Новосибирской области при активной поддержке регионального Министерства социального развития и Министерства здравоохранения. Участниками проекта являются областной детский дом для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, Тогучинский детский дом № 2 и Дорогинский детский дом.

Ключевой задачей проекта является популяризация спорта и привлечение подростков к

активным и регулярным занятиям спортом, как на территории детских домов, так и в обычных спортивных секциях. Для этого на территории детских домов — участников проекта оборудуются спортивные площадки, проводится ремонт спортивных залов. Помимо этого, проект предусматривает активное участие детей в спортивно-массовых мероприятиях, посещение подростками спортивных секций и бассейна, интерактивных обучающих «уроков здоровья». Для воспитанников детских домов проводятся встречи с известными спортсменами и тренерами, спортивными журналистами, сверстниками, успешно занимающимися спортом.

Алёна ЖУКОВА, корр. «МГ».

Москва.

Конкурсы

«Женщины года» работают в детских больницах

В театре-фестивале «Балтийский дом» объявлены итоги конкурса «Женщина года — 2015», который является составной частью мероприятий Петербургской недели «Женщины года», проходящей ежегодно в начале марта на невских берегах. Лучшими в номинации «Медицина» названы заведующая психоневрологическим отделением детской городской больницы Святой Ольги, заслуженный врач РФ Любовь Бессонова и заведующая отделением функциональной и ультразвуковой диагностики детской городской больницы № 22 Светлана Стрельченко.

Каждая из врачей-победительниц около четверти века трудится в петербургском здравоохранении и имеет несомненные достижения в профессиональной деятельности. Так, под руководством Л.Бессоновой в психоневрологическом отделении, предназначенном для лечения детей с органическим поражением центральной нервной системы, нарушениями психики и опорно-двигательного аппарата,

за 25 лет работы не было зарегистрировано ни одного случая летальности и внутрибольничной инфекции. А С.Стрельченко организовала в Колпино первый кабинет ультразвуковой диагностики, где в рамках системы ОМС обследуются не только юные пациенты стационара, но и дети по направлениям, выданным амбулаторно-поликлиническими учреждениями района.

Конкурс «Женщина года» при-

зван повысить социальный статус представительниц лучшей половины человечества, привлечь внимание широкой общественности к их вкладу в социально-экономическое развитие Северной столицы. Его проводит Комитет по социальной политике Санкт-Петербурга в партнёрстве с исполнительными органами государственной власти, в том числе с городским Комитетом по здравоохранению. В этом году в номинации «Медицина» состязались 11 врачей и медицинских сестёр. Победа двум из них была присуждена по результатам открытого голосования в Интернете.

Владимир КЛЫШНИКОВ, соб. корр. «МГ».

Санкт-Петербург.

Назначения

Министром здравоохранения РФ Вероникой Скворцовой подписан приказ о внесении изменений в перечень главных внештатных специалистов Минздрава России. Состав их был дополнен новыми должностями: главного специалиста по клинической микробиологии и антимикробной резистентности и главного специалиста-гериатра, что обусловлено высокой значимостью этих направлений в современной медицине.

Новые главные специалисты Минздрава России

Главным специалистом по клинической микробиологии и антимикробной резистентности назначен Роман КОЗЛОВ, директор Научно-исследовательского института антимикробной химиотерапии Смоленской государственной медицинской академии.

Главным специалистом-гериатром — Ольга ТКАЧЁВА, первый заместитель директора по научной и лечебной работе Государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины.

Главным специалистом по проблемам диагностики и лечения ВИЧ-инфекции — Евгений ВОРОНИН, главный врач Республиканской клинической инфекционной больницы.

Главным специалистом-профпатологом — Игорь БУХТИЯРОВ, директор Научно-исследователь-

ского института медицины труда.

Главным специалистом по санаторно-курортному лечению — Марина ГЕРАСИМЕНКО, исполняющая обязанности директора Российского научного центра медицинской реабилитации и курортологии.

Главным детским специалистом-хирургом — Игорь ПОДДУБНЫЙ, заведующий кафедрой детской хирургии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова.

Главным специалистом по профилактической стоматологии — Ольга АВРААМОВА, руководитель отдела профилактики стоматологических заболеваний Центрального научно-исследовательского института стоматологии и челюстно-лицевой хирургии.

* * *

Федеральное агентство научных организаций России выпустило приказ о назначении нового директора Российского научного центра хирургии им. Б.В.Петровского. Им стал кардиохирург академик РАН Юрий БЕЛОВ, до последнего времени возглавлявший клинику аортальной и сердечно-сосудистой хирургии Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова.

Соб. инф.

Официально

Доходы ФОМС уменьшатся

Поступления в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования в 2015 г. уменьшатся на 12 млрд руб., заявил на заседании правительства, обсудившем изменения в федеральный бюджет на 2015 г. и на плановый период 2016-2017 гг., председатель Правительства РФ Дмитрий Медведев.

Подчеркнув необходимость «максимально оперативно направить обновлённый федеральный бюджет в Государственную Думу РФ»,

Д.Медведев констатировал: «Доходы бюджета в этом году составят более 12 трлн руб., расходы — около 15 трлн, дефицит федерального бюджета по итогам года прогнозируется на уровне 3,8% валового внутреннего продукта». Ожидаемое среднегодовое значение инфляции в текущем году — 15,8%.

В заседании правительства приняла участие председатель Федерального фонда ОМС Наталья Стадниченко.

Иван ВЕТЛУГИН.

Криминал

Борщ попался...



Заведующий психиатрической больницей Егорьевского района Московской области Иван Борщ приговорён судом к штрафу в 200 тыс. руб. за получение взятки. Об этом сообщили в подмосковной прокуратуре.

В сентябре прошлого года И.Борщ согласился продлить мнимое лечение пациента за взятку в размере 10 тыс. руб. Однако сотрудники правоохранительных органов вовремя пресекли пре-

ступные действия. В ходе судебного процесса врач признал себя виновным.

Егорьевский городской суд приговорил медика к штрафу в размере 200 тыс. руб. с лишением права занимать врачебные должности и выполнять организационно-распорядительные функции в системе здравоохранения сроком на 2 года.

Борис БЕРКУТ. МИА Сити!

Московская область.

В соответствии с действующим федеральным законодательством на 1 января 2015 г. должны были быть приняты 7 нормативных правовых актов Правительства РФ (ответственный за подготовку – Минздрав России) и 2 приказа Минздрава. Однако на конец февраля были готовы только 3 постановления кабинета министров и один приказ министерства.

Что показал анализ экспертов

Это констатировала коллегия Счётной палаты РФ под председательством её главы Татьяны Голиковой. На заседании были рассмотрены результаты экспертно-аналитического мероприятия «Оценка готовности нормативной правовой базы в связи с изменениями, вносимыми в законодательство РФ при принятии проектов федеральных законов «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и отдельные законодательные акты Российской Федерации» и «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2015 г. и на плановый период 2016 и 2017 гг.»

С сообщением выступил аудитор Александр Филипенко, который отметил, что уже принятые постановления правительства были подготовлены без учёта направленных ранее замечаний Счётной палаты, что привело к проблемам по факту их исполнения. Так, в постановлении кабмина, устанавливающего правила финансового обеспечения в 2015 г. оказания высокотехнологичной медицинской помощи, не установлены сроки, в течение которых ФОМС и Минфин вносят изменения в сводную бюджетную роспись и доводят объёмы финансирования до главных распорядителей. В итоге, по данным Минфина, на 13 февраля внесены изменения в сводную бюджетную роспись и доведены средства только до 4 (Минздрав, Минтруд, ФМБА и Минобрнауки) из 9 главных распорядителей бюджетных средств. На указанную дату средства не доведены и не осуществлялось финансирование ВМП в медицинских организациях Минобороны, МЧС, Федерального агентства научных организаций, Федерального агентства воздушного транспорта России, Управления делами Президента РФ.

Указанным постановлением не предусмотрена также возможность перераспределения объёмов ВМП между медорганизаци-

Проблемы и решения

Всё ещё поправимо

Счётная палата РФ выявила риски дальнейшего снижения объёма бесплатной медицинской помощи населению



циями разных ведомств в случае невыполнения одними из них государственного задания. Это может привести к росту сроков ожидания ВМП и снижению её доступности.

К недостаткам, по мнению аудитора, относится и порядок определения объёма ВМП на 2015 г. Предполагалось, что за счёт средств ФОМС в текущем году ВМП будет профинансирована в объёмах, превышающих объёмы 2014 г. Однако правительством утверждён принцип распределения средств по числу пролеченных больных за 9 месяцев прошлого года. «Это может привести к сокращению числа больных, которым в текущем году будет оказана высокотехнологичная медицинская помощь. Также в этом случае ведомство не сможет исполнить поручение Президента РФ, озвученное в Послании Федеральному Собранию 2013 г., по обеспечению в течение 3 лет увеличения объёмов оказываемой ВМП не менее чем в 1,5 раза», – сказал А.Филипенко.

До настоящего времени не внесены изменения в постановление Правительства РФ № 462 в части установления порядка и условий распределения и предоставления субвенций территориальным фондам ОМС. При этом в соответствии с Бюджетным кодексом кабмином устанавливается порядок расходования субвенций, а в новой редакции Закона об

ОМС – порядок и условия распределения и предоставления субвенций. В результате возникло противоречие между двумя федеральными законами. Тем не менее в условиях отсутствия нормативного правового документа, регулирующего исполнение нормы Закона об ОМС Федеральный фонд ОМС в январе 2015 г. перечислил в бюджеты территориальных фондов ежемесячную субвенцию.

Соглашения до сих пор не заключены

В ходе своего выступления аудитор напомнил также членам коллегии об изменении с января 2015 г. механизма финансирования помощи в системе ОМС. «Реализация территориальных программ ОМС, – пояснил он, – должна теперь осуществляться с соблюдением условий соглашения о реализации территориальной Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе территориальной Программы ОМС, заключаемых между регионом, Минздравом и ФОМС». Однако, как показал анализ, соглашения до настоящего времени не заключены по причине позднего принятия Правительством РФ правил их заключения (февраль 2015 г.), несвоевременного исполнения Минздравом своих полномочий

по утверждению формы соглашений и длительной процедуры их заключения (44 рабочих дня).

В результате этого ряд регионов (Москва, Калужская, Нижегородская, Новгородская, Курганская и Астраханская области, Краснодарский, Красноярский край и др.), чтобы обеспечить деятельность медучреждений, начали расходовать средства субвенций для оплаты оказанной медпомощи без заключённых соглашений. Другие, наоборот, руководствуясь отсутствием нормативных документов, не расходовали средства, создавая тем самым риск прекращения финансирования медпомощи. Сложившаяся ситуация, по мнению аудитора, может привести к снижению зарплат медперсонала и задержке их выплат. Также возможен рост кредиторской задолженности медучреждений, в первую очередь по оплате коммунальных и прочих услуг, что, в свою очередь, может сказаться на доступности и качестве медпомощи.

Кроме того, сохраняются вопросы к самой процедуре заключения соглашений. Регионы представляют в Минздрав России уже утверждённые территориальные программы. «Но если у Минздрава будут замечания к программам, то постановлением не предусмотрены обязательства по внесению в них изменений. Они только представляют план корректировки программ», – отметил аудитор. В то же время анализ территориальных программ показал наличие значимых системных нарушений. Так, например, Пензенская область занизила федеральный норматив в несколько раз. Затраты на посещение с профилем вместо 370 составляют 90 руб., случай госпитализации установлен на уровне не 63 тыс., а 20 тыс. руб. «И таких примеров много. Это приводит к ещё большему увеличению дефицита территориальных программ», – сообщил аудитор.

Также до настоящего времени не принято правительственное постановление, устанавливающее требования к кредитным организациям, в которых страхо-

вые медорганизации открывают счета. Это ограничивает реализацию нормы закона и может в дальнейшем создать проблемы в деятельности страховых медицинских организаций.

Средства ОМС не компенсируют лимиты

Отдельно в ходе своего выступления аудитор отметил проблемы в финансировании федеральных медицинских организаций. В частности, он напомнил, что с 2015 г. госзадание медорганизаций ограничено только оказанием ВМП, а вся остальная деятельность должна осуществляться за счёт средств ОМС. Однако результаты проведённого анализа показывают, что выделенные ОМС средства не позволяют компенсировать сокращённые лимиты. Например, по Российскому научному центру «Восстановительная травматология и ортопедия» им. Г.А.Илизарова снижение финансирования составляет не менее 7%, финансирование спецмедпомощи и ВМП из всех источников почти на 100 млн руб. меньше, чем в 2014 г. Та же ситуация и по учреждениям ФМБА, где сокращение средств составило более 13%. При этом акт правительства, позволяющий направить средства нормированного страхового запаса ФОМС на восполнение сокращённых объёмов, не принят.

Вот так дело спускается на тормозах... «Всё это создаёт риски дальнейшего ограничения деятельности медицинских учреждений и может не позволить им оказать населению все необходимые объёмы медпомощи», – резюмировал своё выступление А.Филипенко. То есть их придётся урезать.

Коллегия приняла решение направить доклад о результатах экспертно-аналитического мероприятия Президенту РФ, а также информационные письма – в Правительство РФ, Минздрав и ФОМС. Отчёт о результатах контрольного мероприятия будет направлен в палаты Федерального собрания и ФСБ России.

Константин ЩЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

Ориентеры



Поступок, достойный уважения

Профессор учредил свою именную стипендию

В прошлом году на 4-м форуме медицинских сестёр, проходившем в рамках конгресса педиатров России, присутствовал заведующий лабораторией Научного центра здоровья детей профессор Арсений Модестов.

Слушая сетования главной медицинской сестры Владимирской областной детской больницы на острый дефицит сестринского персонала, на то, что желающих поступать в медучилище становится всё меньше, в том числе и из-за отсутствия общежитий, скромной стипендии и невозможности прожить на неё, он так проникся сложностью ситуации, что принял решение учредить именную стипендию и выплачивать её из собственного кармана, дабы мальчишки

и девочки из сельской местности могли учиться.

И слово своё сдержал. Профессор съездил во Владимир, познакомился с деятельностью медицинского колледжа, заключил договор, в котором написано, что эта стипендия будет выплачиваться лучшим учащимся, тем, кто избрал для себя служение педиатрии. И вот уже второй год ежемесячно переводит из своей не очень высокой зарплаты определённую сумму.

Первым стипендиатом оказалась девушка с ограниченными возможностями, но, как её охарактеризовали педагоги, с прекрасным интеллектом и хорошими руками. Окончив колледж, она будет работать во Владимирской областной детской больнице.

Арсений Арсеньевич намерен поддержи-

вать её материально до момента окончания обучения, которое завершится летом. А руководство колледжа уже подбирает ещё двух человек, достойных стипендии профессора Модестова.

– Буду платить стипендию учащимся колледжа до тех пор, пока живу, – сказал А.Модестов. – В моём профессиональном становлении (а я уже 50 лет в медицине) медицинские сёстры сыграли колоссальную роль, это были ещё фронтовые сёстры и фельдшеры. Расценивайте моё решение как дань уважения к ним, – прокомментировал профессор свой поступок корреспонденту «МГ».

Валентина ЕВЛАНОВА,
корр. «МГ».

В Красноярском федеральном центре сердечно-сосудистой хирургии намерены увеличить площадь детского реанимационного отделения. Такая необходимость обусловлена нарастанием объёма работы кардиохирургов: в 2014 г. доля больных в возрасте от 0 до 1 года значительно выросла и достигла 70% от всех пациентов детского кардиохирургического отделения. За последний год в кардиоцентре Красноярска увеличилось число маленьких пациентов, которые были оперированы в первые дни жизни в связи с критическими врождёнными пороками сердца, а также возросло количество операций, выполняемых в условиях искусственного кровообращения малышам до года. А поскольку данная категория больных нуждается в длительном послеоперационном выживании, «пропускная способность» детской кардиореанимации существенно снизилась.

Не так давно автору этих строк довелось беседовать с одним из крупнейших российских детских хирургов. Опытный врач, мужественный и очень искренний человек, он признался, какие сложные чувства испытывает, оперируя новорождённых, у которых тяжелейшие пороки развития были выявлены ещё внутриутробно, и шансов стать здоровыми у этих детей нет: «Я каждый день задумываюсь над тем, что я делаю и как с этим быть... И в то же время понимаю, что хирург – не Бог, он не является неким регулятором общего генетического кода нации. Наша задача – в любом случае, несмотря на прогноз, оперировать пациента и обеспечивать его выживание. Надеюсь, эта точка зрения поддерживается всеми детскими хирургами».

Почему вспомнился этот разговор? Рассказывая о достижениях современной хирургии новорождённых, в том числе кардиохирургии, о невероятном мастерстве врачей, которые пытаются перекроить то, в чём ошиблась природа, невольно думаешь: а как эти успехи соотносятся с успехами акушерско-гинекологической службы по дородовой диагностике врождённых пороков развития (ВПР) у будущего ребёнка?

Ситуация парадоксальная: доступность пренатальной диагностики максимальная, но при этом число новорождённых с аномалиями развития по-прежнему велико. Детские хирурги, в том числе сердечно-сосудистые, в Красноярске, Томске, Новосибирске, Иркутске ежедневно оперируют таких малышей. Выходит, программы УЗИ-скрининга беременных женщин имеют нулевое значение? Или качество диагностики низкое? А может, причина в том, что сами достижения современной хирургии новорождённых подталкивают женщину, у которой выявлен ВПР плода, к решению не прерывать, а сохранить беременность в надежде на всемогущество докторов?

Своим мнением по этой непростой медико-этической теме с корреспондентом «Медицинской газеты» поделился заведующий детским кардиохирургическим отделением Федерального центра сердечно-сосудистой хирургии Красноярска кандидат медицинских наук Алексей ИЛЬИН.

– Алексей Сергеевич, как вы и ваши коллеги-кардиохирурги относитесь к тому, что число

пациентов с врождёнными пороками сердца не становится меньше, несмотря на повсе-



Алексей Ильин

Ситуация

Чем лучше лечим, тем больше пациентов

Почему при максимально доступной пренатальной диагностике число новорождённых с аномалиями развития по-прежнему велико?



В детской реанимации Красноярского кардиоцентра

местное развитие пренатального скрининга?

– Ситуация с растущим числом детей с ВПР многофакторная и комплексная. Согласно общеизвестным статистическим данным, частота врождённых пороков сердца составляет 7-8 случаев на 1000 живорождённых детей. К примеру, зная, что в Красноярском крае в

2014 г. родилось более 40 тыс. младенцев, мы можем предположить: среди них около 300 детей – с врождёнными аномалиями сердца. Да, безусловно, цифра не маленькая. Но, увеличение рождаемости в целом всегда влечёт увеличение доли детей с врождёнными пороками развития, в том числе и сердца – это закономерность. Опять

же, улучшение качества выявления и диагностики аномалий плода на ранних сроках беременности позволяет родителям и врачам принимать взвешенное решение о судьбе такой беременности.

– Но создаётся впечатление, что значение пренатального скрининга сегодня не в том, чтобы обрисовать будущей маме все риски для малыша, который появится на свет серьёзно больным, а в том, чтобы вовремя сообщить кардиохирургам о предстоящем рождении больного ребёнка? Существует ли в Красноярском крае диалог между акушерско-гинекологической службой и сердечно-со-

– Должен сказать, что такой диалог налажен. Мы совместно с акушерами-гинекологами, генетиками, врачами УЗИ регулярно проводим пренатальные консультации, где родителям подробно разъясняются особенности выявленного порока сердца у плода, методы его лечения, риски и прогнозы для жизни ребёнка. Одним словом, тесно взаимодействуем с врачами Красноярского центра охраны материнства и детства, центра медицинской генетики и т.д. Именно благодаря такому подходу мы помогаем и родителям, и друг другу принимать правильные решения.

Кроме того, эффективное взаимодействие позволяет улучшить качество лечения детей со сложными ВПС, прежде всего, как вы правильно заметили, за счёт своевременно оказанной медицинской помощи.

Что же касается пожизненных страданий малышей с врождёнными пороками сердца, это не совсем так. Безусловно, сама операция на сердце является колоссальным стрессом для маленького ребёнка, и для его родителей, кстати, тоже. Но возможности современной кардиохирургии и кардиологии позволяют добиваться хороших результатов. И тому масса примеров.

– Правильно ли я понимаю, что работа кардиохирургов – это как спорт высоких достижений: вчера ты брал, казалось бы, невероятную высоту, а завтра прыгнешь ещё выше? И общество каждый день ждёт от врачей новых побед. А значит, ждать того, что пациентов с врождёнными пороками сердца станет меньше, не приходится?

– Медицина, конечно же, не спорт, но со спортом нас роднит необходимость командной работы. Например, результат операции на сердце зависит от того, как работает каждый специалист в команде, насколько профессиональны будут его действия в сложной ситуации. И это правило действует не только внутри отдельно взятой клиники, оно распространяется на взаимодействие между разными лечебными учреждениями, когда речь идёт о лечении детей с врождёнными аномалиями.

Да, наш совместный опыт и профессионализм растёт. Мы всё больше и больше задумываемся о качестве жизни пациентов после операции на сердце. Другими словами, стараемся делать так, чтобы у детей с ВПС было как можно меньше ограничений, как можно меньше требовалось им повторных операций в будущем, чтобы они чувствовали себя полноценными людьми. Иных профессиональных целей для себя и своих коллег я не вижу. А что касается статистики рождений детей с пороками развития, она точно зависит не от хирургов.

Елена БУШ,
собр. корр. «МГ».

Красноярск.

Акции

В Омске и сельских районах Прииртышья продолжается акция «Родительский урок», цель которой – предотвратить употребление наркотиков в подростковой среде через влияние на детей в семье. Родителей учащихся школ и других общеобразовательных учебных заведений приглашают на встречи с педагогами, врачами-наркологами, психологами, полицейскими, которые могут если не научить, то подсказать отцам и матерям, как оградить своих чад от пагубного влияния.

Самое активное участие в этой масштабной акции принимают сотрудники Управления Федеральной службы РФ по контролю за оборотом наркотиков по Омской области. Профилактика наркомагии, считают в управлении, более

Отвести угрозу

Предупреждение наркомании начинается в семье

действительна, чем борьба с ней.

Именно об этом и шёл, например, на днях разговор с родителями подростков на «родительских уроках» в школах № 91, 84 и 119 Омска. Наркополицейские рассказали отцам и матерям о разных видах наркотиков, в том числе и синтетических, именуемых спайсами, обратив их внимание на то, по каким конкретно признакам можно распознать, употребляют ли их дети психоактивные вещества или

чужаются их. На примерах из своей служебной деятельности разобрали механизмы втягивания несовершеннолетних в потребление и незаконный оборот наркотиков. А потом многие из пришедших на собрания задавали специалистам Управления ФСКН региона вопросы практического характера: как поступить, если появились подозрения, что ребёнок употребляет «зелье», куда обращаться, как с ним обсуждать эту острую тему?

В завершении мероприятий представители наркоконтроля раздали присутствующим специально разработанные листовки и буклеты о вреде потребления психоактивных веществ, административной и уголовной ответственности за наркопреступления.

Следует отметить, что антинаркотическая акция «Родительский урок» проводится Управлением ФСКН России по Омской области ежегодно. Причём, как отметил

начальник отдела межведомственного взаимодействия в сфере профилактики этой службы полковник полиции Олег Мизенко, используются различные формы и методы такого профилактического просвещения. Это и беседы, и собрания, и психологические тренинги, а также видеолектории, спортивные соревнования, конкурсы. Особое же внимание сотрудники наркополицейского уделяют группам родительского актива и «проблемным» семьям. И в результате этой целенаправленной работы уже наблюдается спад интереса среди детей и подростков к запретным «удовольствиям».

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
собр. корр. «МГ».

Омск.

Министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова провела расширенное заседание координационного совета Минздрава России по государственно-частному партнёрству. В этом заседании приняли участие представители организаций здравоохранения субъектов РФ, подведомственных Минздраву России, законодательной власти, пациентских и научных организаций.

Во вступительном слове министр отметила необходимость активизации проводимых мероприятий по привлечению частного капитала с использованием механизмов ГЧП в целях развития и модернизации инфраструктуры здравоохранения и, как следствие, улучшения качества медицинской помощи.

Ответственный секретарь координационного совета, директор Департамента инфраструктурного развития и государственно-частного партнёрства Минздрава России Андрей Казутин проинформировал участников об утверждении персональных составов рабочих групп координационного совета, а также планов их работ. Руководителям рабочих групп поручено обеспечить исполнение утверждённых планов работ, а также докладывать совету результаты работы по направлениям деятельности.

Вместе с этим на заседании одобрен разработанный Минздравом России совместно с Росздравнадзором, ФМБА России и Федеральным фондом ОМС проект методических рекомендаций для органов государственной власти субъектов РФ по применению механизмов государственно-частного взаимодействия в сфере здравоохранения, представленный заместителем директора Департамента инфраструктурного развития и государственно-частного партнёрства Кириллом Хряньким.

Для унификации используемой

Проблемы и решения

Как привлечь частный капитал?

Требуется модернизация инфраструктуры здравоохранения

терминологии поддержано предложение Минздрава и Минэкономразвития России об ограничении срока действия методических рекомендаций сроком принятия и вступления в силу Федерального закона «Об основах государственно-частного партнёрства, муниципально-частного партнёрства в Российской Федерации и внесения изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации».

По вопросу об участии медицинских организаций частной системы здравоохранения в реализации Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи доложила начальник Управления ФОМС, руководитель рабочей группы координационного совета Светлана Кравчук. В ходе состоявшейся дискуссии были обозначены проблемные вопросы участия частных медицинских организаций в реализации Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (установление структуры тарифа, расходование частными медицинскими организациями

средств, полученных за оказанные медицинские услуги в рамках ОМС и др.).

Рабочей группе координационного совета «Развитие конкуренции и доступа негосударственных организаций к предоставлению услуг в сфере обязательного медицинского страхования» во взаимодействии с частными медицинскими организациями поручено проработать проблемные вопросы участия частных медицинских организаций в реализации Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и о результатах доложить на очередном заседании координационного совета.

А. Казутин проинформировал участников о практике реализации инфраструктурных проектов государственно-частного партнёрства в сфере здравоохранения на примере конкретных субъектов РФ, разработанной и внедрённой Минздравом России формы мониторинга реализации органами государственной власти субъектов РФ инвестиционных проектов по развитию находящихся в региональной собственности

инфраструктуры здравоохранения с привлечением внебюджетных источников финансирования.

Заместитель директора департамента Минэкономразвития России Мария Ярмалчук рассказала о создании информационной межотраслевой системы по оценке инфраструктурной обеспеченности и инфраструктурных разрывов регионов, поддержке формирования атласов инфраструктурной обеспеченности субъектов РФ, направленной на сбор данных о деятельности субъектов РФ на принципах государственно-частного партнёрства.

Также на заседании координационного совета было предложено рассмотреть возможность о централизованном мониторинге реализации органами государственной власти субъектов РФ инвестиционных проектов на базе указанного информационного ресурса Минэкономразвития России.

Членами координационного совета поддержана инициатива Минздрава России о проведении Всероссийского конкурса «Лучший проект государственно-частного партнёрства (государственно-част-

ного взаимодействия) в здравоохранении».

Координационным советом поддержан также предложенный Минздравом России алгоритм заключения инвестиционных соглашений в отношении объектов здравоохранения федеральной собственности до снятия существующих институциональных ограничений (на основании отдельных решений Правительства РФ), а также рассмотрен и одобрен инвестиционный проект с использованием рассмотренного механизма на базе имущества Пермского государственного медицинского университета им. Е.А. Вагнера.

В заключение заместитель министра здравоохранения РФ Сергей Краевой отметил, что инвестиционные соглашения являются перспективным механизмом привлечения частных инвестиций в развитие и модернизацию инфраструктуры здравоохранения и могут быть использованы наравне с существующими институтами привлечения частного капитала в отрасль.

Соб. инф.

Тенденции

Ни для кого не секрет, что кадровая проблема продолжает оставаться одной из ключевых в российском здравоохранении. Если прежде речь обычно шла о нехватке врачей, то сегодня проблема коснулась и среднего медперсонала. Один из уже апробированных способов частичного решения кадровой проблемы, и не только в здравоохранении, а вообще, – ярмарка вакансий. В идеале это площадка, где работодатель встречается с потенциальным работником. Именно такую площадку недавно организовала администрация Ставропольского базового медицинского колледжа.

Как пояснила заведующая отделом практического обучения Людмила Шержукова, подготовка к ярмарке началась ещё в октябре, когда ЛПУ Ставрополя и края формируют банк вакансий. Работа эта не стихийная и проходит под руководством Минздрава Ставропольского края.

Так, на сегодня потребности здравоохранения Ставропольского края в медицинских рабочих кадрах среднего звена составляют более 700 человек. При том, что ежегодно колледж выпускает «в жизнь» более 400 специалистов, по разным причинам не все из них спешат заполнить рабочие места в ЛПУ.

– Кого-то из наших выпускников не устраивает оплата труда, кто-то ищет более подходящие условия, но так или иначе мы ведём своих питомцев и после выпуска, оказывая помощь в трудоустройстве по специальности, – рассказывает директор колледжа Константин Корякин. – В соответствии с новыми требованиями практическая деятельность средних медицинских работников зачастую предъ-

«Этой ярмарки краски...»

Выпускники колледжа в Ставрополе вполне успешно находят свои первые рабочие места



Организаторы ярмарки (слева направо) Ольга Сахно – заведующая практикой колледжа, Людмила Шержукова – заведующая отделом практического обучения колледжа, Ольга Васильева – главная медсестра перинатального центра Ставрополя

являет требования к наличию специализации в той или иной области, например, педиатрии, анестезиологии и реаниматологии, операционном деле и др. Поэтому мы предлагаем нашим выпускникам широкий спектр додипломной специализации по различным направлениям. В результате вместе с дипломом молодой специалист получает полный пакет документов (удостоверение, сертификат специалиста), гарантирующих ему трудоустройство сразу после окончания колледжа. В дальнейшем это избавляет выпускников от ненужных расходов времени и денег на получение этих важных документов.

Что же касается собственно ярмарки, с которой мы и начали разговор, то и в этот раз работодатели не остались в стороне. С некоторыми из них удалось познакомиться.

Наталья Маслакова, главная медсестра Ставропольского краевого клинического кардиологического диспансера:

– Для нас это очень важное мероприятие. Выпускникам 2015 г. мы готовы предложить следующие вакансии: медсестра врача-кардиолога консультативно поликлинического отделения, медсестра процедурного кабинета, медсестра операционная, специалисты лабораторной диагностики, рент-

генолаборанты – всего 12 вакансий. Конечно, эффект от таких мероприятий есть, но хотелось бы, чтобы и сами выпускники проявляли больше активности.

Елена Чаленко, главная медсестра городской детской поликлиники № 2 Ставрополя тоже пришла не с пустыми руками:

– Чтобы заинтересовать выпускников, я расскажу о нашей поликлинике, о коллективе, условиях работы. На сегодня у нас немало вакансий. Кадровая проблема существует из-за низкой оплаты. Конечно, медсёстры с большим стажем и опытом работы получают вполне приличную зарплату, но молодые специалисты хотят получать это сразу. Но всё это ведь приходит с годами...

Елена Бодулина, главная медсестра Ставропольской краевой клинической больницы подробно ознакомила выпускников с условиями работы, рассказала об имеющихся в больнице вакансиях.

Что же касается главных «виновников торжества», то они проявили неподдельный интерес к своему обозримому будущему: актовый зал, рассчитанный на 180 мест, был заполнен до отказа – яблоку негде было упасть. Самое же главное в том, что многие из этих молодых людей в белых халатах сделали свой выбор, который им предложили другие люди в белых халатах.

Так, Наталья Андрющенко, отличница, староста группы 413 специальности «лечебное дело», по выпуску из колледжа будет

работать медсестрой в здравпункте колледжа вычислительных технологий и электроники – уму-дрилась из одного колледжа попасть в другой, но, уже не учиться, а работать; Дарья Нартова, тоже отличница и тоже староста, но уже другой группы – 463 д/9 специальности «сестринское дело» будет работать медсестрой в Ставропольском краевом клиническом онкодиспансере; Вероника Хотян, отличница группы 361 специальности «сестринское дело», будет работать медсестрой в Ставропольском краевом клиническом консультативно-диагностическом центре.

Ярмарка вакансий стала площадкой для встречи не только с работодателями, но и с представителями вузов Ставрополя. И.о. ректора Ставропольского государственного медицинского университета Владимир Кошель, декан среднего профессионального и довузовского образования Елена Болкунова рассказали о смежных специальностях, которые можно получить на базе среднего медицинского образования в СтГМУ (в прошлом году 9 выпускников колледжа поступили в этот медицинский вуз).

А всего за время работы ярмарки определились с первым рабочим местом без малого половина выпускников медицинского колледжа.

Рубен КАЗАРЯН,
соб. корр. «МГ».

Ставрополь.

Фото автора.

Почти одновременно приняты в первом чтении Мосгордума и Мособлдума законопроекты, запрещающие продажу слабоалкогольных тонизирующих напитков во всех торговых точках столицы и Подмосковья. А в 16 субъектах Федерации нормативные правовые акты, ограничивающие продажу и распитие алкоэнергетиков, уже действуют.

Запрос на ограничение есть

Основными потребителями их являются подростки. «Именно с этих банок начинается подростковый алкоголизм, – говорит автор законопроекта, депутат столичного парламента Кирилл Щитов. – Молодёжь воспринимает это не как алкогольный напиток, а как сладкую газировку».

Проектом закона предусматривается введение запрета на реализацию таких напитков с содержанием этилового спирта от 1,2 до 9% и содержащие кофеин и (или) другие тонизирующие компоненты на территории Москвы с 1 апреля 2015 г. За нарушение определены административные штрафы: для должностных лиц – от 5 до 10 тыс. руб., для юридических – от 50 тыс. до 100 тыс.

Московские дружинники готовы устраивать рейды по магазинам, торгующим алкоэнергетиками, заявил руководитель Московского городского штаба народной дружины Владимир Семерда. По его словам, дружинников обычно приглашают как свидетелей на совместные с полицейскими проверки. Самостоятельно проводить проверки дружинники не смогут, уточнил В.Семерда.

С 1 апреля должен вступить в силу и подмосковный закон. Исходя из «анализа существующей практики», депутаты Мособлдумы сделали вывод, что в обществе есть запрос на ограничение продажи алкогольных тонизирующих напитков, отметил заместитель председателя Комитета по вопросам государственной власти и региональной безопасности Николай Черкасов. Он не исключил, что могут быть введены дополнительные ограничения на продажу алкоэнергетиков.

Штрафы за нарушение запрета предлагаются в размере 100-200 тыс. руб. для должностных лиц и 300-500 тыс. – для юридических лиц. Граждан будут штрафовать на 3-5 тыс. руб. за продажу энергетиков несовершеннолетним и на культурно-массовых мероприятиях с их участием, в детских, образовательных и медицинских организациях, на объектах спорта и на расстоянии до 100 м от таких объектов.

А в Санкт-Петербурге продажа слабоалкогольных энергетических напитков уже запрещена: здесь вступил в силу соответствующий закон. Как подчеркивают его разработчики – депутаты Евгений Медведев и Виталий Милонов, регулярное потребление алкоэнергетиков формирует зависимость, а также способно вызвать обострение нервных и психических заболеваний.

За продажу алкоэнергетиков на физические лица теперь накладывается штраф в размере от 3 до 5 тыс. руб. Для индивидуального предпринимателя это нарушение обойдётся штрафом от 30 до 50 тыс., для юридического лица – от 200 до 300 тыс.

Перспективы

Энергетические страсти

Наступление на алкоэнергетики ведут пока только регионы



Только полный запрет!

Нужен федеральный закон

Нормативные правовые акты, ограничивающие продажу и распитие алкоэнергетиков, уже действуют в Чеченской Республике, Ставропольском, Краснодарском и Алтайском краях, Чукотском автономном округе, Тульской, Калужской, Ростовской, Нижегородской, Астраханской областях и др. В зависимости от того, физическое или юридическое лицо, штраф за нарушения варьирует от 50 до 200 тыс. руб. В марте 2014 г. Высший арбитражный суд подтвердил правомерность таких запретов на региональном уровне.

«Региональная практика показывает, что созрела необходимость принятия федерального закона, – говорит член Общественной палаты РФ Султан Хамзаев. – Хочется верить, что депутаты Госдумы продемонстрируют такую же сплочённую профессиональную позицию по этому вопросу».

Законопроект о запрете энергетиков с алкоголем на территории всей страны депутаты внесли на рассмотрение палаты ещё в марте 2013 г., в сентябре 2014 г. в нижнюю палату Федерального собрания РФ была внесена его обновлённая версия. Впрочем, по Думе «гуляют» уже несколько альтернативных законопроектов о регулировании слабоалкогольных энергетических напитков.

Но ...«чтобы закон принимать, надо, чтобы он базировался на научно-исследовательской базе, которой пока нет», – заявил заместитель председателя Комитета Госдумы РФ по охране здоровья академик РАН Николай Герасименко. По его словам, исследований о вреде «энергетиков» пока не проводилось. «Научных доказательств их вреда пока нет, – заметил депутат. –

Кстати

Курительные смеси – тоже наркотики

В список запрещённых Правительством РФ наркотических средств внесены новые виды компонентов курительных смесей.

«В настоящее время в России отмечается распространение веществ, схожих по действию на организм человека с наркотическими средствами и психотропными веществами, но не запрещённых к обороту, – отмечается на сайте кабинета министров. – Это широкий круг производных индолового и индазолового ряда, применяемых наркопроизводителями в составе курительных смесей.

Эти вещества не были включены в Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, утверждённый постановлением правительства № 681 от 30.06.1998.

В целях повышения эффективности противодействия распространению новых видов психоактивных веществ подписанным председателем Правительства РФ Дмитрием Медведевым постановлением в раздел «Наркотические средства» списка I перечня включены:

- 2-(1-пентил-1Н-индазол-3-карбоксамидо)уксусная кислота и её производные;
- 2-(1-пентил-1Н-индол-3-карбоксамидо)уксусная кислота и её производные;
- 2-(1-бензил-1Н-индазол-3-карбоксамидо)уксусная кислота и её производные;



Производные индолового и индазолового ряда подлежат контролю

- 2-(1-бензил-1Н-индол-3-карбоксамидо)уксусная кислота и её производные;
- 1-(1-(2-метоксифенил)-2-фенилэтил)пиперидин и его производные.

Одновременно внесены соответствующие изменения в значительный, крупный и особо крупный размеры наркотических средств и психотропных веществ для ряда статей Уголовного кодекса РФ, утверждённые постановлением Правительства РФ № 1002 от 01.10.2012. При этом значительный, крупный и особо крупный размеры определены по

Поэтому мы просим Минздрав провести исследование энергетических напитков на предмет вреда для организма».

Поручение изучить возможность законодательного запрета слабоалкогольных энергетиков дано и Комитету Совета Федерации по конституционному законодательству и экономической политике.

«Я полагаю, что алкогольные энергетические напитки должны быть запрещены в принципе. Не в той лёгкой формулировке, которая в рекомендациях, а именно в жёсткой формулировке. Энергетических алкогольных напитков быть на рынке не должно», – убеждён главный специалист психиатр-нарколог Минздрава России, директор Московского научно-практического центра наркологии Департамента здравоохранения Москвы Евгений Брюн.

Дело, словом, за федеральными законодателями...

Иван МЕЖГИРСКИЙ.

МИА Сити!

аналогии с размерами подобных наркотических средств.

Принятое решение, полагают в правительстве, позволит повысить эффективность противодействия незаконному обороту наркотических и психотропных веществ. Как мы уже сообщали, ранее Федеральная служба РФ по контролю за оборотом наркотиков задействовала специалистов в сфере Интернета в борьбе с продавцами спайсов.

Иван ВЕТЛУГИН.

МИА Сити!

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 18 (1870)

(Продолжение. Начало в № 18 от 13.03.2015.)

Патогенетическая терапия:

1. Кортикостероиды (дексазон, преднизолон) парентерально, местно.
2. Иммунокорректоры (иммунофан, тималин, Т-активин).
3. Гепатопротекторы (гептрал, эссенциале-форте и др.).
4. Витаминотерапия (витамины группы В).
5. Симптоматическая терапия.

Хирургическое лечение

Туберкулёз позвоночника является хирургическим заболеванием, а операция – основной компонент в его комплексном лечении. Хирургическое лечение проводится по решению врачебного консилиума с учётом распространённости и тяжести процесса. Оперативные вмешательства при туберкулёзе позвоночника разделены на 4 группы (радикально-восстановительные, реконструктивные, корригирующие, лечебно-вспомогательные).

Наблюдение

1. Нахождение больных с осложнёнными формами туберкулёза в стационаре до 1 года, включая хирургическое лечение и реабилитацию.

2. Санаторно-курортное лечение в специализированных санаториях для больных с костно-суставным туберкулёзом, после оперативного лечения в предгорьях Северного Кавказа.

3. В обязательном порядке проведение противорецидивных курсов химиотерапии 2 раза в год, в течение 2 лет двумя препаратами не менее 60 доз в осенний и весенний период.

4. Контрольное обследование амбулаторно 2 раза в год в течение 5 лет.

Туберкулёз суставов

В 95% случаев туберкулёзный артрит развивается при прогрессировании первичного околосуставного очага, значительно реже специфическое поражение начинается непосредственно в синовиальной оболочке сустава. В клиническом течении суставного туберкулёза различают 5 стадий:

- 1-я стадия – первичный остит;
- 2-я стадия – прогрессирующий остеоартрит с распространением на сустав без нарушения функции сустава;
- 3-я стадия – прогрессирующий артрит с нарушением функции сустава;
- 4-я стадия – хронический деструктивный артрит с разрушением сустава и полной утратой его функции;
- 5-я стадия – посттуберкулёзный артроз, представляющий последствия перенесённого артрита с возникновением в ходе заболевания грубых анатомических и функциональных нарушений.

Клинические проявления

- интоксикация (субфебрильная температура тела, слабость, потливость и т.д.);
- постепенно усиливающиеся боли в суставе, ограничение амплитуды подвижности в нём;
- вынужденное положение конечности;
- возможно острое начало заболевания, связанное с прорывом бессимптомного костного очага в полость сустава;
- при осмотре определяют сглаженность контуров сустава, повышение местной температуры без гиперемии кожи;
- при пальпации отмечают умеренную болезненность, ограничение объёма движений (контрактура);
- параартикулярные абсцессы и свищи.

Диагностика

Стандартные методы обследования

1. Анамнез с определением наличия контакта с туберкулёзом, перенесённый в прошлом туберкулёз любой локализации.
2. Рентгено-томографическое обследование (поиск активного туберкулёзного процесса органов дыхания) и заключение врача-фтизиатра.
3. Бактериологическое исследование промывных вод бронхов, мокроты и мочи на МБТ.
4. Клинический анализ крови (наличие воспалительных изменений).
5. Биохимическое исследование крови (наличие воспалительных изменений).
6. Туберкулинодиагностика (реакция Манту с 2 ТЕ, диаскин-тест).
7. Рентгенография и рентгенотомография суставов, с целью определения очагов деструкции, остеопороз, секвестры, сужение суставной щели.

Дополнительные методы обследования

1. Магнитно-резонансная томография суставов.
 2. Радионуклидная диагностика суставов.
 3. Пункция сустава с исследованием экссудата (бактериоскопия, посев на M.tuberculosis, биохимические исследования).
 4. Гистологическое и бактериологическое исследования отделяемого свищей, биопсийного и операционного материалов.
- Опорными диагностическими критериями являются: специфические изменения при

рентгенографии и МРТ, обнаружение МБТ в исследуемом материале.

Лечение

Консервативное лечение

Антибактериальная химиотерапия

Интенсивная фаза: 4 препарата (HRZE) не менее 120 доз, с учётом лекарственной устойчивости МБТ.

Фаза продолжения: 3 препарата (HRZ) не менее 180 доз с учётом устойчивости МБТ.

Патогенетическая терапия

1. Кортикостероиды (дексазон, преднизолон) парентерально, местно.
2. Иммунокорректоры (иммунофан, тималин, Т-активин).
3. Гепатопротекторы (гептрал, эссенциале-форте и др.).
4. Витаминотерапия (витамины группы В).
5. Симптоматическая терапия.

Хирургическое лечение

Хирургическое лечение является основополагающим в лечении туберкулёза суставов. Проводится по решению врачебного консилиума с учётом распространённости и тяжести процесса. Оперативные вмешательства при туберкулёзе суставов разделены на 5 групп (лечебно-диагностические, радикально-профилактические, собственно-радикальные, реконструктивно-восстановительные, лечебно-вспомогательные).

Наблюдение

1. Нахождение больных с осложнёнными формами туберкулёза позвоночника в стационаре до 1 года, включая хирургическое лечение и реабилитацию.
2. Санаторно-курортное лечение в специализированных санаториях для больных с костно-суставным туберкулёзом, после оперативного лечения в предгорьях Северного Кавказа.
3. В обязательном порядке проведение противорецидивных курсов химиотерапии 2 раза в год, в течение 2 лет двумя препаратами не менее 60 доз в осенний и весенний период.
4. Контрольное обследование – амбулаторно 2 раза в год в течение 5 лет.

Туберкулёз мочеполовой системы

Туберкулёз органов мочеполовой системы – форма внелёгочного туберкулёза, которая возникает вследствие общей туберкулёзной инфекции организма, характеризуется стёртой клинической картиной, не имеющей признаков специфичности, отличается трудностью диагностики, ранним развитием выраженных и стойких функциональных нарушений поражённых органов, длительной утратой трудоспособности. Подразделяется на туберкулёз органов мочевой системы и туберкулёз мужских половых органов.

Туберкулёз почек, мочеточников и мочевого пузыря

Классификация

1. Туберкулёз паренхимы почек.
2. Туберкулёзный папиллит.
3. Кавернозный туберкулёз почки.
4. Поликавернозный туберкулёз почки.
5. Туберкулёз мочеточника.
6. Туберкулёз мочевого пузыря.

Клинические проявления

- боль в поясничной области наблюдается в 75%;
 - дизурия – 43,8%;
 - лейкоцитурия – 50-90%;
 - эритроцитурия – 53,4-67,5%;
 - протеинурия – 85-95%.
- Частота и выраженность мочевого синдрома зависит от выраженности деструктивных изменений. При туберкулёзе почечной

паренхимы пиурия наблюдается у 32,3% больных, эритроцитурия и альбуминурия – у 24%. У больных туберкулёзным папиллитом изменения в анализах мочи отмечены в 44,8%. При кавернозном туберкулёзе почек у всех пациентов регистрируют выраженный мочевого синдром.

Диагностика

Стандартные методы обследования

1. Анамнез с определением наличия контакта (профессионального или бытового), перенесённого туберкулёза любой локализации.
2. Рентгено-томографическое обследование органов грудной клетки (для выявления активного туберкулёза или остаточных изменений перенесённого туберкулёза) и заключение врача-фтизиатра.
3. Бактериологическое исследование промывных вод бронхов, мокроты и мочи на МБТ.
4. Клинический анализ крови на наличие воспалительных изменений.

5. Обзорная рентгенография брюшной полости на наличие очагов поражения или петрификатов.

6. Туберкулинодиагностика: реакция Манту с 2 ТЕ, диаскин-тест.
7. Урологическое исследование, пальцевое ректальное исследование.
8. Общий анализ мочи.
9. Трёхстаканная проба (мочи).
10. При нормальном общем анализе мочи – проба Нечипоренко (на скрытую лейкоцитурiju).
11. Исключение других инфекций.
12. Функциональные тесты: радионуклидное исследование, проба Реберга – Тареева.
13. Ультразвуковое исследование почек и органов малого таза.
14. Экскреторная урография.
15. Цистоскопическое исследование и биопсия мочевого пузыря.

Дополнительные методы исследования

1. Посев мочи на МБТ на жидкие среды.
 2. Молекулярно-генетическое исследование мочи на МБТ (ПЦР).
 3. Микробиологическое, гистоморфологическое, иммуногистохимическое и молекулярно-генетическое исследование операционного или биопсийного материала.
 4. Уретеропиелоскопическое исследование.
 5. Мультиспиральная компьютерная томография с контрастированием.
 6. Тест-терапия: 3 препарата (HZR) не менее 60 доз с учётом предполагаемой лекарственной устойчивости МБТ.
- Опорные диагностические тесты при туберкулёзе органов мочевой системы: обнаружение МБТ в исследуемом материале, результаты гистоморфологического исследования операционного или биопсийного материала (обнаружение специфических туберкулёзных гранулём), эффективность тест-терапии.

Лечение

Консервативное лечение

Интенсивная фаза: 4 препарата (HZRE) не менее 120 доз с учётом лекарственной устойчивости МБТ, введение противотуберкулёзных препаратов (изониазид) в мочевой пузырь в сочетании с обезболивающими препаратами, витаминами, облепиховым маслом или маслом шиповника.

Фаза продолжения: 3 препарата (HZR) не менее 120 доз с учётом установленной лекарственной устойчивости.

Патогенетическая терапия – комплекс: стимуляция репаративных процессов с помощью физиолечения (лазеротерапия), витаминотерапии; контроль формирования фиброзных изменений (глюкокортикоиды, лидаза, лонгидаз); снятие побочных эффектов химиотерапии, улучшение микроциркуляции в почках (пентоксифиллин, препараты группы блокаторов АПФ).

Примечание: применение аминогликозидов противопоказано ввиду их нефротоксического действия.

Хирургическое лечение

1. Органосохраняющие операции – направлены на удаление органа, потерявшего своё функциональное значение и являющегося очагом активного туберкулёзного воспаления: нефрэктомия, нефруретерэктомия.
2. Органосохраняющие операции – направленные на санацию ограниченного очага туберкулёзного воспаления (кавернозэктомия, резекция).
3. Реконструктивно-пластические операции.

Наблюдение

1. После окончания основного курса лече-

ния на протяжении 1 года 1 раз в 2 месяца консультация фтизиоуролога, далее в течение 5 лет 1 раз в 6 месяцев.

2. В специализированные санатории для долечивания направляются пациенты после окончания стационарного или диспансерного лечения с затихающими процессами.

3. Противорецидивный курс: 3 препарата (HZR) не менее 60 доз с учётом лекарственной устойчивости и зоны проживания.

4. Контрольное обследование в стационаре 1 раз в год в течение 5 лет, в зависимости от течения процесса решение вопроса о группе диспансерного учёта.

Туберкулёз мужских половых органов

Классификация

1. Туберкулёз предстательной железы.
2. Туберкулёз семенных пузырьков.
3. Туберкулёзный эпидидимит.
4. Туберкулёзный орхит.
5. Туберкулёз полового члена.

Эпидемиология

Туберкулёз мужских половых органов в

35-75% сочетается с туберкулёзом органов мочевой системы, в 72,4% – с туберкулёзом органов дыхания. Выявляется на секции в 4,7-21,7% у умерших больных с туберкулёзом органов дыхания и у 0,4% умерших больных без туберкулёза.

Клинические проявления

- боль в области мошонки;
- дизурические явления (43,8%);
- интоксикация (субфебрилитет);
- бесплодие (75%);
- лейкоцитурия;
- эритроцитурия.

Диагностика

Стандартные методы обследования

1. Анамнез с определением наличия контакта (профессионального или бытового), перенесённого туберкулёза любой локализации.
2. Рентгено-томографическое обследование органов грудной клетки (для выявления активного туберкулёза или остаточных изменений перенесённого туберкулёза) и заключение врача-фтизиатра.
3. Бактериологическое исследование промывных вод бронхов, мокроты и мочи на МБТ.
4. Клинический анализ крови на наличие воспалительных изменений.
5. Обзорная рентгенография брюшной полости на наличие очагов поражения или петрификатов.
6. Туберкулинодиагностика: реакция Манту с 2 ТЕ, диаскин-тест.
7. Урологическое исследование, пальцевое ректальное исследование.
8. Общий анализ мочи.
9. Исследование секрета предстательной железы на форменные элементы.
10. Бактериологическое исследование секрета предстательной железы, отделяемого из свищей.
11. Трёхстаканная проба (мочи).
12. Проба Нечипоренко (на скрытую лейкоцитурiju).
13. Исключение других инфекций.
14. Ультразвуковое исследование почек и органов малого таза.
15. Обзорная рентгенограмма органов мочевой системы.
16. Восходящая уретроцистиграфия.
17. Микробиологическое, гистоморфологическое исследование операционного или биопсийного материала.

Дополнительные методы исследования

1. Посев мочи, секрета предстательной железы и отделяемого из свищей на МБТ на жидкие среды.
 2. Молекулярно-генетическое исследование мочи, секрета предстательной железы и отделяемого из свищей на МБТ (ПЦР).
 3. Микробиологическое, гистоморфологическое, иммуногистохимическое и молекулярно-генетическое исследование операционного или биопсийного материала.
 4. Исследование половых гормонов.
 5. Тест-терапия: 3 препарата (HZR) не менее 60 доз с учётом предполагаемой лекарственной устойчивости МБТ.
 6. Трансректальная мультифокальная биопсия предстательной железы.
 7. Магнитно-резонансная томография.
- Опорные диагностические критерии при туберкулёзе органов мочевой системы: обнаружение МБТ в исследуемом материале, результаты гистоморфологического исследования операционного или биопсийного материала (обнаружение специфических туберкулёзных гранулём), эффективность тест-терапии.

Лечение Консервативное лечение

Интенсивная фаза: 4 препарата (HZRE) не менее 120 доз с учётом лекарственной устойчивости МБТ, введение противотуберкулёзных препаратов (рифампицин) транс-ректально в виде свечей, электрофорез изониазида № 15-20 на область промежности.

Фаза продолжения: 3 препарата (HZR) не менее 120 доз с учётом установленной лекарственной устойчивости.

Патогенетическая терапия – комплекс: стимуляция репаративных процессов с помощью физиолечения (лазеротерапия), витаминотерапии (аевит); регуляция формирования фиброзных изменений (глюкокортикоиды, лидаза, лонгидаза); применение препаратов группы альфа-адреноблокаторов, снятие побочных эффектов химиотерапии (тиосульфат натрия 30% – 10,0 карсил, витамины группы В).

Примечание: применение препаратов аминотиозидового ряда противопоказано ввиду их фиброзирующего действия.

Хирургическое лечение

Органоносящие операции – направлены на удаление органа, потерявшего своё функциональное значение и являющегося очагом активного туберкулёзного воспаления (орхэктомия, эпидидимэктомия).

Наблюдение

1. После окончания основного курса лечения на протяжении 1 года – 1 раз в 2 месяца консультация фтизиоуролога, далее в течение 5 лет – 1 раз в 6 месяцев.

2. В специализированные санатории для долечивания направляются пациенты после окончания стационарного или диспансерного лечения с затихающими процессами.

2. Противорецидивный курс: 3 препарата (HZR) не менее 60 доз с учётом лекарственной устойчивости и зоны проживания.

3. Контрольное обследование в стационаре 1 раз в год в течение 5 лет, в зависимости от течения процесса решение вопроса о группе диспансерного учёта.

Туберкулёз глаз

Туберкулёз глаз относится к тяжёлой патологии органа зрения, характеризуется высокой частотой в структуре воспалительной патологии органа зрения, трудностью диагностики, развитием ранних и поздних осложнений, длительной утратой трудоспособности и инвалидизацией больных, высокой опасностью при малых размерах очагов и малой доступностью для терапевтических воздействий.

Классификация

1. Гематогенно-диссеминированные поражения оболочек глазного яблока.

2. Туберкулёз придаточного аппарата глаза.

3. Туберкулёзно-аллергические заболевания глаз.

4. Поражение органа зрения при туберкулёзе ЦНС.

Эпидемиология

Среди всех воспалительных заболеваний глаз различной этиологии туберкулёзные заболевания встречаются в 18-20% случаев.

Клинические проявления

Характерные признаки: вялое торпидное течение без выраженного болевого синдрома, сохранение чувствительности роговицы, крупные «сальные» преципитаты в нижней половине роговицы, располагающиеся в виде треугольника, множественные грубые задние синехии по зрачковому краю вплоть до сращения и зарращения зрачка, опалесценция и появление клеток в камерной влаге и стекловидном теле, воспалительные очаги в хориоиде – единичные или множественные с преимущественной локализацией в центральных отделах глазного дна.

Диагностика

Стандартные методы обследования

1. Анамнез с определением наличия контакта с туберкулёзом, перенесённый в прошлом туберкулёз любой локализации.

2. Офтальмологическое обследование (биомикроскопия, офтальмоскопия, периметрия, кампиметрия, УЗИ, флюоресцентная ангиография).

3. Рентгено-томографическое обследование (поиск активного туберкулёзного процесса органов дыхания) и заключение врача-фтизиатра.

4. Бактериологическое исследование промывных вод бронхов, мокроты и мочи на МБТ.

5. Клинический анализ крови (наличие воспалительных изменений).

6. Биохимическое исследование крови (наличие воспалительных изменений).

7. Туберкулинодиагностика (реакция Манту с 2 ТЕ, диаскин-тест).

8. Исключение других инфекций.

Дополнительные методы обследования

1. Трахеобронхоскопическое исследование.

2. Микробиологические и гистоморфо-

логические исследования патологического очага в глазу.

3. Иммунологическое исследование крови и слезы.

4. Тест-терапия: 3 препарата (HRZ) не менее 60 доз с учётом лекарственной устойчивости МБТ с местным введением изониазида.

Опорными диагностическими тестами при туберкулёзе глаз являются туберкулинодиагностика (положительная очаговая реакция) и терапевтический эффект тест-терапии.

Лечение

Консервативное лечение

Антибактериальная химиотерапия

Интенсивная фаза: 4 препарата (HRZ + Pt) не менее 120 доз, периокулярные инъекции (Н) до 30 доз; физиотерапевтическое лечение электрофорез с изониазидом на курс 15-20 доз, с учётом лекарственной устойчивости МБТ.

Фаза продолжения: 3 препарата (HRZ) не менее 120 доз с учётом лекарственной устойчивости МБТ.

Применение этамбутола в офтальмологической практике нецелесообразно, учитывая его нейротоксическое действие.

Патогенетическая терапия

1. Кортикостероиды (дексазон, преднизолон) парентерально, местно.

2. Иммунокорректоры (иммунофан, тималин, Т-активин).

3. Гепатопротекторы (гептрал, эссенциале-форте и др.).

4. Витаминотерапия (витамины группы В).

5. Местная энзимотерапия.

Хирургическое лечение

Хирургическое лечение при активном туберкулёзе глаза носит экстренный характер и производится в основном с целью купирования приступа вторичной глаукомы. По показаниям производится лазерная иридектомия; синусотрабекулэктомия с базальной иридектомией, антиглаукоматозные вмешательства с имплантацией дренажей, удаление набухающей катаракты, витрэктомия.

Наблюдение

1. После окончания основного курса лечения в течение 1 года 1 раз в 2 месяца консультация фтизиоокулиста, в течение 5 лет – 1 раз в 6 месяцев. Срок наблюдения 5 лет.

2. В специализированные санатории для долечивания направляются пациенты после окончания стационарного или диспансерного лечения с затихшими воспалительными явлениями. Существует два специализированных санатория – «Плёт» (Ивановская обл.) и «Выборг-3» (Ленинградская обл.).

3. Противорецидивный курс: 3 препарата (HRZ) не менее 60 доз с учётом лекарственной устойчивости МБТ.

4. Контрольное обследование в стационаре 1 раз в год в течение 3 лет. При отсутствии рецидива в течение 3 лет – перевод из группы в группу инвалидности.

Туберкулёз мозговых оболочек и центральной нервной системы

Туберкулёз центральной нервной системы и мозговых оболочек является тяжёлым, трудно диагностируемым заболеванием, преобладающей формой которого является менингоэнцефалическая форма.

Классификация

А) Поражения нервной системы, связанные непосредственно со специфическим туберкулёзным процессом.

1. Центральная нервная система.

1.1. Менингит.

1.2. Менингоэнцефалит.

1.3. Менингоэнцефаломиелит.

1.4. Туберкулёма головного мозга.

2. Периферическая нервная система.

2.1. Черепно-мозговые мононевропатии (нервы зрительный, слуховой).

2.2. Мононевропатии (нервы лучевой, локтевой, седалищный и др.)

2.3. Полиневропатии.

Б) Поражение корешков и спинного мозга при туберкулёзном спондилите.

В) Неспецифические поражения нервной системы, связанные с интоксикацией, гипоксией, нарушениями гомеостаза.

Синдром острой токсической энцефалопатии.

Энцефаломиелополиневропатии.

Г) Остаточные явления перенесённого специфического туберкулёзного процесса.

Церебральный базальный арахноидит (после менингита, менингоэнцефалита).

Поражение зрительного нерва и хиазмы. Остаточные явления поражения спинного мозга и корешков после перенесённого туберкулёзного спондилита.

Д) Поражения нервной системы, возникающие в процессе лечения.

Мононевропатии и полиневропатии.

Поражение зрительного нерва.

Поражение слухового нерва.

Е) Неспецифические неврологические симптомы (головная боль, миалгии, астения, головокружение, атаксия и др.).

Клинические проявления

В типичном варианте клиническая картина туберкулёзного менингоэнцефалита укладывается в следующую схему:

– на 1-й неделе заболевания наблюдается развитие менингеального синдрома;

– на 2-й неделе присоединяется базальная неврологическая симптоматика (парезы и параличи черепно-мозговых нервов: отводящего, глазодвигательного, лицевого, предверно-улиткового, зрительного);

– на 3-й неделе появляются параличи, оглушение, сменяющиеся сопором, затем комой.

Диагностика

Стандартные методы обследования

1. Анамнез с определением наличия контакта с туберкулёзом, перенесённый в прошлом туберкулёз любой локализации.

2. Исследование и оценка неврологического статуса больного.

3. Исследование цереброспинальной жидкости (повышение ликворного давления, плеоцитоз, преимущественно лимфоцитарный, повышение содержания белка, снижение сахара и хлоридов, положительные реакции Нонне – Апелля и Панди.

4. Бактериологическое исследование ликвора (не менее 3).

5. Офтальмологическое обследование (состояние сосудов, наличие специфических поражений глаз, застойные соски зрительных нервов).

6. Рентгено-томографическое обследование (поиск активного туберкулёзного процесса органов дыхания) и заключение врача-фтизиатра.

7. Бактериологическое исследование промывных вод бронхов, мокроты и мочи на МБТ.

8. Клинический анализ крови (наличие воспалительных изменений).

9. Биохимическое исследование крови (наличие воспалительных изменений).

10. Туберкулинодиагностика (реакция Манту с 2 ТЕ, диаскин-тест).

11. Исключение других инфекций.

Дополнительные методы обследования

1. Магнитно-резонансная томография головного и спинного мозга.

2. Компьютерная томография головного и спинного мозга.

3. Трахеобронхоскопическое исследование.

4. Ультразвуковая доплерография.

Опорными диагностическими тестами при туберкулёзе ЦНС являются исследование и оценка неврологического статуса больного, специфические изменения при исследовании цереброспинальной жидкости, обнаружение МБТ в ликворе.

Лечение

Консервативное лечение

Антибактериальная химиотерапия

Интенсивная фаза: 5 препаратов (HRZ + KE) не менее 120 доз, с учётом лекарственной устойчивости МБТ и клинической динамики. При отсутствии положительной клинической динамики смена терапии. Эндолумбальное введение противотуберкулёзных препаратов (канамидин, салюзид).

Фаза продолжения: 3 препарата (HRZ) не менее 120 доз с учётом лекарственной устойчивости МБТ.

Патогенетическая терапия

1. Кортикостероиды (дексазон, преднизолон) парентерально, местно.

2. Иммунокорректоры (иммунофан, тималин, Т-активин).

3. Гепатопротекторы (гептрал, эссенциале-форте и др.).

4. Витаминотерапия (витамины группы В).

5. Дегидратационная терапия (лазикс, манит, диакарб, гипотиазид).

6. Дезинтоксикационная терапия.

7. Сердечно-сосудистая терапия.

8. Симптоматическая терапия.

Наблюдение

1. После окончания основного курса лечения в течение 1 года 1 раз в 2 месяца консультация фтизиатра, невролога, в течение 5 лет – 1 раз в 6 месяцев. Срок наблюдения 5 лет.

2. В специализированные санатории для долечивания направляются пациенты после окончания стационарного или диспансерного лечения с затихшими воспалительными явлениями.

3. Противорецидивный курс: 3 препарата (HRZ) не менее 60 доз с учётом лекарственной устойчивости МБТ.

4. Контрольное обследование в стационаре – 1 раз в год в течение 3 лет. При отсутствии рецидива в течение 3 лет перевод из группы в группу. Общий срок наблюдения в ПТД при отсутствии рецидивов – 5 лет.

Туберкулёз периферических лимфатических узлов

Чаще всего поражаются лимфатические узлы шеи, реже – лимфатические узлы в подмышечных и паховых областях.

Классификация

1-я стадия – пролиферативная;

2-я стадия – казеозная, без размягчения и распада;

3-я стадия – абсцедирующая;

4-я стадия – свищевая.

Клинические проявления

В пролиферативной фазе – воспалительная инфильтрация лимфатического узла, увеличение периферических лимфатических узлов без выраженных перифокальных изменений и симптомов интоксикации, как правило, пальпируется цепочка лимфатических узлов, плотных, подвижных, не спаянных между собой и окружающими тканями.

В фазе казеозного некроза без размягчения или распада проявляется болями в увеличенных лимфатических узлах, перифокальной реакцией.

В фазе абсцедирования – воспалительные конгломераты с флюктуацией, образованием свищей.

Диагностика

Стандартные методы обследования

1. Анамнез с определением наличия контакта с туберкулёзом, перенесённый в прошлом туберкулёз любой локализации.

2. Рентгеномографическое обследование (поиск активного туберкулёзного процесса органов дыхания, увеличенных внутригрудных лимфатических узлов) и заключение фтизиатра.

3. Бактериологическое исследование промывных вод бронхов, мокроты и мочи на МБТ.

4. Клинический анализ крови (наличие воспалительных изменений).

5. Биохимическое исследование крови (наличие воспалительных изменений).

6. Туберкулинодиагностика (реакция Манту с 2 ТЕ, диаскин-тест).

7. Исключение других инфекций.

8. Пункция лимфатического узла с цитологическим исследованием.

9. Удаление лимфатического узла с последующим бактериологическим, морфологическим исследованием.

Дополнительные методы обследования

1. Ультразвуковое исследование периферических лимфатических узлов.

2. Компьютерная томография органов грудной клетки.

3. Компьютерная томография органов брюшной полости.

4. Фибробронхоскопия.

5. Исследование отделяемого из свищей (исследование на ДНК МБТ методом ПЦР).

6. Исследование удалённых лимфатических узлов иммуногистохимическим методом (ИГХ).

При туберкулёзе периферических лимфатических узлов опорными диагностическими тестами являются: получение специфических маркёров туберкулёза и МБТ в пункционном материале, удалённых лимфатических узлов и отделяемом свищей поражённых лимфатических узлов.

Лечение

Консервативное лечение

Антибактериальная химиотерапия

Интенсивная фаза: 4 препарата (HRZE) не менее 90 доз с учётом лекарственной устойчивости.

Фаза продолжения: 3 препарата (HRZ) не менее 120 доз с учётом лекарственной устойчивости МБТ.

Патогенетическая терапия

1. Иммунокорректоры (иммунофан, тималин, Т-активин).

2. Гепатопротекторы (гептрал, эссенциале-форте и др.).

3. Витаминотерапия (витамины группы В).

4. Физиотерапевтическое лечение (электрофорез с лидазой, террилитином).

Хирургическое лечение

При туберкулёзе периферических лимфатических узлов хирургическое лечение является одним из обязательных методов. Проводятся лимфаденэктомия, вскрытие и дренирование абсцедирующего лимфаденита.

Наблюдение

1. После окончания основного курса лечения в течение 1 года 1 раз в 2 месяца консультация хирурга, в течение 5 лет – 1 раз в 6 месяцев. Срок наблюдения 5 лет.

2. В специализированные санатории для долечивания направляются пациенты после окончания стационарного или диспансерного лечения с затихшими воспалительными явлениями.

3. Противорецидивный курс: 3 препарата (HRZ) не менее 60 доз с учётом лекарственной устойчивости МБТ.

4. При отсутствии рецидива в течение 3 лет – перевод из группы в группу.

(Окончание следует.)

Фарит БАТЫРОВ,
доктор медицинских наук.

Гульнара ОГАНЕЗОВА,
кандидат медицинских наук.

Московская городская клиническая
туберкулёзная больница № 7.

В Хиросиме состоялся IV Российско-японский нейрохирургический симпозиум. Такие симпозиумы проходят каждые 2 года (поочерёдно в Японии и России), позволяя нейрохирургам обеих стран обмениваться опытом и искать пути сотрудничества. В их организации ключевую роль играет кандидат медицинских наук Михаил Чернов из Санкт-Петербурга, давно живущий в Японии и работающий в Токийском женском медицинском университете.

Новые мишени

Симпозиуму предшествовала 73-я ежегодная встреча Японского нейрохирургического общества в Токио. По масштабу она вполне сопоставима с конгрессами Всемирной федерации нейрохирургических обществ (ВФНО) (см. «МГ» № 11 от 14.02.2014). Дело в том, что Япония лидирует по числу нейрохирургов (их там более 9 тыс., то есть в несколько раз больше, чем в России при сопоставимой численности населения). Достаточно сказать, что программа превысила 500 страниц и включала образовательный курс Международного общества по детской нейрохирургии (ISPN), а в качестве приглашённых докладчиков выступали ведущие специалисты из многих стран мира.

Среди них был главный редактор Journal of Neurosurgery Джеймс Рутка (J.Rutka, Канада), рассказавший о новых терапевтических мишенях при опухолях головного мозга (по данным молекулярной генетики). Как известно, рак является генетическим заболеванием. Если при раке лёгкого и меланоме в опухоли встречается более 125 мутаций, то при мультиформной глиобластоме их число достигает 60. Что вызывает мозговые опухоли у человека? Причин несколько: предшествовавшее облучение центральной нервной системы (например, при нейролейкозе), нейрогенетические синдромы (такие, как нейрофиброматоз), карциногены, неблагоприятные факторы окружающей среды и вирусы. Изменения терапевтической парадигмы докладчик проиллюстрировал на примере медуллобластомы задней черепной ямки. Как известно, это самое частое злокачественное новообразование ЦНС у детей, на долю которого приходится 20% детских мозговых опухолей. Сегодня алгоритм лечения медуллобластомы состоит в хирургическом удалении опухоли с последующим облучением краниовертебрального сочленения и химиотерапией. При этом 5-летняя выживаемость достигает 80%. Завтра, предсказывает Рутка, лечение будет персонализированным. Уже выделены 4 молекулярных подтипа опухоли, каждый из которых потребует своей схемы лечения в послеоперационном периоде. При анапластических олигодендроглиоммах генетическая сигнатура (мутация 1p- и 19q-локусов хромосомы) позволяет предсказывать ответ на химиотерапию.

Следом выступил Тай-Тон Вон (Tai-Tong Wong, Тайвань), рассказавший о современных подходах к лечению атипичной тератоидной/рабдоидной опухоли (AT/RT). Не могу также не упомянуть сессию по нейромодуляции, на которой выступил Гордон Балтуч (G.Baltuch, США). Одним из методов лечения эпилепсии является стимуляция блуждающего нерва (vagal nerve stimulation – VNS). При этом в 28% случаев удаётся достичь общего уменьшения числа припадков, а у 23% больных частота припадков снижается более чем вдвое. Но не являются

ли полученные данные плацебо-эффектом? Однако проведение плацебоконтролируемых испытаний в хирургии очень затруднено. Имплантируемые устройства могут иметь намного больше изменяемых параметров, нежели лекарства, а полное ослепление не всегда возможно. Тем не менее поиск новых мишеней для стимуляции продолжается. Например, разработана система стимуляции коры при парезах после инсульта, но оказалось,

годы на фоне активизации демократических движений и студенческих волнений. Психириургия стала рассматриваться как символ старого режима, пытающегося контролировать поведение граждан в политических целях. В результате в современной Японии нейрохирургические методы лечения психических расстройств не используются вообще. Задавшему классическим русским вопросом «что делать?», Ватанабе предлагает психиатрам воспол-

эндоскопа становится трендом. Лечению краниофарингиом и аденом гипофиза был посвящён ряд докладов. В частности, прозвучал призыв к эндоскопическому удалению всех краниофарингиом с сохранением стебля гипофиза. Выбор хирургического доступа зависит от расположения и распространённости опухоли. Золотым стандартом для профилактики рецидивов краниофарингиомы является максимально возможный объём удаления опухоли.

щий вид на море и множество лесистых островов. «Я специально здесь вас поселил, чтобы вы лучше поняли нашу островную психологию», – сказал автору этих строк профессор Каору Курису (K.Kurisu) – президент симпозиума, более двух десятилетий возглавляющий нейрохирургическую клинику Хиросимского университета. В своё время он стал самым молодым директором нейрохирургической клиники в Японии.

Деловые встречи

Нейрооостровитяне

В гостях у японских нейрохирургов



Памятник детям мира в Хиросиме (фрагмент)

что интенсивная реабилитация даёт сопоставимые результаты. Новым показанием для глубокой мозговой стимуляции (ГМС) стала депрессия. В пилотном испытании на 15 больных стимулировались передние отделы внутренней капсулы и полосатого тела, а при болезни Альцгеймера стимулировался свод (fornix), что вызывало воспоминания и запахи. Впрочем, чтобы узнать о том, как запахи пробуждают воспоминания, достаточно почитать романы Марселя Пруста...

Ряд японских докладов был посвящён стимуляции спинного мозга при хронических болях, транскраниальной магнитной стимуляции при нейропатической боли, интерактивным системам обратной связи при инсультах и спинальной травме и т.д. Среди них оказался доклад Кацушиге Ватанабе (K.Watanabe) о прошлом, настоящем и будущем психириургии в Японии. Как известно, в середине прошлого века лоботомия (префронтальная лейкотомия) считалась перспективным способом лечения тяжёлых психических расстройств (прежде всего шизофрении), а автор данной методики португальский невролог Эгаш Мониш в 1949 г. был удостоен Нобелевской премии. Но уже в середине 1950-х годов, с появлением нейролептиков, лоботомия перестаёт практиковаться как в США, так и в странах Западной Европы. В Японии это произошло с 10-летним опозданием, в 1960-е

годы на фоне активизации демократических движений и студенческих волнений. Психириургия стала рассматриваться как символ старого режима, пытающегося контролировать поведение граждан в политических целях. В результате в современной Японии нейрохирургические методы лечения психических расстройств не используются вообще. Задавшему классическим русским вопросом «что делать?», Ватанабе предлагает психиатрам воспол-

нить полувековой пробел о нейрохирургических подходах к лечению психических расстройств, а нейрохирургам – изучать психиатрию. То есть в первую очередь необходимо наладить диалог между двумя специальностями. Во-вторых, предлагаемые операции должны быть научно обоснованы и оценены путём проведения клинических испытаний, одобренных этическими комитетами. Профессионалы и защитники прав больных должны прийти к консенсусу. В качестве иллюстрации приводятся

международные рекомендации по стереотаксической нейрохирургии психических расстройств (см. J Neurol Neurosurg Psychiatry doi:10.1136/jnnp-2013-306580), переведённые на японский язык.



Участники симпозиума (слева направо) профессор Л.Метёлкина (Москва), К.Курису, М.Чернов на фоне ворот синтоистского храма на о.Миядзима

Накануне встречи в Японии был создан комитет по ГМС при обсессивно-компульсивном расстройстве (ОКР), куда входят нейрохирурги, психиатры, неврологи и нейроэтицисты.

Удаление опухоли основания черепа «через замочную скважину» (keyhole approach) с помощью

Эндоскопический эндоназальный доступ стал основным для удаления параселлярных опухолей (менингиом бугорка турецкого седла, аденом гипофиза, краниофарингиом и др.). Его недостатками является узкий и глубокий коридор, ограниченные возможности для удаления латерально растущих опухолей и, главное, недостаточный опыт хирурга. Остановимся лишь на лекции Гарни Бархударяна (G.Barkhoudarian, США), посвящённой тактике лечения резидуальных и рецидивирующих аденом гипофиза. Довольно существенное число больных после трансназального удаления этих опухолей требуют дополнительного лечения. Его тактика должна быть дифференцированной. Во-первых, нужно пытаться максимально удалить опухоль во время первой операции. При гормонально неактивных (нефункционирующих) аденомах нужно осторожно подходить к назначению стереотаксической иррадиации, а при гормонально активных (функционирующих) опухолях – проводить адьювантное лечение совместно с эндокринологами. При рефрактерных аденомах необходимы новые препараты. Например, назначение темозоломида в послеоперационном периоде позволило снизить уровень пролактина с 696 до 8 нг/мл.

Программа симпозиума включала более 20 устных и примерно столько же стендовых докладов. С российской стороны в нём приняли участие специалисты из Санкт-Петербурга, Москвы, Новосибирска, Красноярска, Иркутска и Хабаровска, а с японской – такие мэтры нейрохирургии, как Такеши Кавасае, Йоко Като, Кинтомо Такакура и другие. К сожалению, ряд ведущих отечественных нейрохирургов не смогли или не захотели участвовать в данном симпозиуме. Приходится констатировать, что общий уровень японских докладов был, в целом, выше, нежели российских.

Работа симпозиума была разбита на сессии (злокачественные опухоли мозга, функциональная нейрохирургия, спинальная хирургия, цереброваскулярные заболевания, радиационная терапия, хирургия основания черепа и черепно-мозговая травма), причём сопредседателями были как японские, так и российские нейрохирурги.

Поскольку нейрохирургов в Японии много, количество операций в расчёте на одного хирурга может быть меньше, чем в России, но это компенсируется детальным анализом каждого случая и интенсивной научной работой. Например, Тошико Вакабаяши (T.Wakabayashi) поделился опытом хирургии глиом (image-guided glioma surgery) с использованием интраоперационной магнитно-резонансной и позитронно-эмиссионной томографии (МРТ и ПЭТ). Разработана навигационная система, позволяющая в процессе оперативного вмешательства обновлять полученные до операции изображения. В эксперименте на фантомах черепа удалось получить обновлённые трёхмерные изображения за 0,2 с с точностью до 1 мм. Молекулярной мишенью при глиобластомах было выбрано метилирование промотора 06-метилгаунина ДНК метилтрансферазы (MGMT). Подавление экспрессии MGMT, возможно, улучшит прогноз при назначении темозоломида. Для выявления инвазивных глиом предлагается вводить специальные вакцины.

Тошико Куроива (T.Kuroiwa) рассказал о фотодинамической диагностике и лечении злокачественных глиом. Флуоресцин натрия ещё в 1940-е годы начал применяться для диагностики состояния гематоэнцефалического барьера при мозговых опухолях. В наши дни для интраоперационной видеоангиографии широко применяется индоцианин зелёный (indocyanine green – ICG). Для увеличения радикальности удаления глиом используется

Фантом черепа

Из Токио в Хиросиму некоторые участники Российско-японского симпозиума прибыли на скоростном поезде и сразу же были отвезены в гостиницу, где симпозиум и проходил. Из окна номера открывался потрясаю-

5-аминолевулиновая кислота (5-ALA), которая превращается внутри клетки в протопорфирин IX, вызывающий красное свечение. Внутриклеточное накопление красителей также используется для фотодинамической терапии (ФДТ). В Японии для ФДТ при мозговых опухолях разрешён только один краситель – моно-L-аспартил хлорин е6 (Npe6).

Что им ARUBA?

Наверное, самой известной в мире женщиной-нейрохирургом является Йоко Като (Y.Kato). Она же возглавляет Японскую женскую нейрохирургическую ассоциацию. На симпозиуме Като выступила с лекцией о хирургии мозговых артериовенозных мальформаций (АВМ). Как известно, ежегодный риск разрыва АВМ составляет от 2 до 4%. Наблюдать или оперировать? Для ответа на этот вопрос было проведено мультицентровое РКИ ARUBA, в котором сравнивались исходы эндоваскулярного и консервативного лечения (читай – ничего не делания) неразорвавшихся АВМ. Данное РКИ было досрочно прекращено, поскольку частота осложнений при эмболизации АВМ оказалась почти втрое выше, чем при обычном наблюдении (29 и 10% соответственно). Тем не менее Като привела 17 случаев эмболизации таких мальформаций, где связанные с операцией осложнения (кровотечения) возникли лишь в 2 случаях (12%). Насколько достоверны результаты ARUBA?

Сессия по сосудистой нейрохирургии была самой представительной. Помимо вышеупомянутой Йоко Като, на ней прозвучал доклад Акио Мориты (A.Morita) о естественном течении (natural course) неразорвавшихся аневризм мозговых артерий в Японии. За 11 лет (с 2001 по 2012 г.) число разорвавшихся аневризм незначительно снизилось, почти сравнявшись с числом выявленных неразорвавшихся аневризм, которое выросло более чем в 1,5 раза (с 10 тыс. случаев в 2001 г. до 16 тыс. в 2012 г.). Чем же определяется риск разрыва аневризм? Её размером и локализацией, а также возрастом (у молодых он в 2-3 раза выше). По данным катамнеза 111 случаев аневризм, ежегодный риск разрыва составляет 0,95%, а его исходы плачевны почти в 2/3 случаев (64%): смерть 39 больных (35%) и 3-5 баллов по модифицированной шкале Рэнкина у 32 больных (29%).

Рекомендации японских нейрохирургов таковы: 1) следует рассматривать возможность лечения при аневризмах более 5-7 мм; 2) даже более мелкие аневризмы передней и задней соединительных артерий могут быть объектом оперативного вмешательства; 3) форма аневризмы имеет значение; для выявления склонных к разрыву аневризм может помочь оценка церебрального кровотока с помощью компьютерного моделирования (computational fluid dynamics – CFD) или MPT; 4) любая аневризма подлежит наблюдению в динамике (вначале в течение 3-6 месяцев); 5) профилактическая хирургия неразорвавшихся аневризм не должна нести высокий риск осложнений; 6) необходимо улучшить контакт между врачом и больным, поскольку риск и польза от предлагаемого метода лечения должны быть предметом подробного обсуждения; 7) также важно общее состояние больного.

Одним из российских лидеров в области сосудистой нейрохирургии является Новосибирский НИИ патологии кровообращения им. Е.Н.Мешалкина (ННИИПК), представленный на симпозиуме двумя докладами. Поскольку заявленный в программе первый докладчик (Кирилл Орлов) отсутствовал,

оба раза выступал Дмитрий Кислицын. За 3 года в ННИИПК 255 больным с церебральными АВМ было проведено 610 сессий эндоваскулярной эмболизации, 23 микрохирургических вмешательства, 112 комплексных лечения, 15 радиохирургических процедур. Примерно в 10% случаев потребовалась экстренная микрохирургическая операция вследствие разрыва АВМ в процессе эндоваскулярной эмболизации. Методом выбора для профилактики интраоперационных геморагических осложнений считается этапная эмболизация. Как узнать объём безопасной эмболизации? Д.Кислицын предлагает измерять скорость кровотока и давление поблизости от АВМ. Полученные изменения этих параметров послужили основой гемодинамического моделирования реологических изменений внутри АВМ в процессе эмболизации.

О чём нельзя забывать

Новосибирск начинает лидировать и в других разделах нейрохирургии благодаря появлению там в декабре 2012 г. Федерального центра нейрохирургии (ФЦН). Главный врач этого центра кандидат медицинских наук Джамил Рзаев поделился накопленным опытом. За неполные 2 года в ФЦН было выполнено более 6 тыс. операций, проведено около 30 конференций и мастер-классов, в том числе с международным участием, создана Сибирская ассоциация нейрохирургов «Сиб-Нейро». Автор этих строк побывал в ФЦН в сентябре прошлого года по случаю первого заседания ассоциации и был поражён как размахом его деятельности, так и слаженностью работы молодого коллектива, руководителем которого чуть больше 40 лет. Достаточно сказать, что в ФЦН работают врачи не только из Сибири, но и из Санкт-Петербурга. Перефразируя Михаила Ломоносова, «российская нейрохирургия прирастать будет Сибири».

На симпозиуме в Хиросиме Рзаев поделился опытом хирургического лечения хронической лицевой боли. За 1,5 года было прооперировано 199 больных. В первую группу вошло 66 больных с типичной невралгией тройничного нерва, которым была проведена его микрососудистая декомпрессия. Во второй группе было 118 больных атипичной невралгией тройничного нерва и нейропатической лицевой болью. Им проводился чрескожный селективный радиочастотный ганглиолизис либо радиочастотная абляция крылонебного узла. Третья группа включала 15 больных с комплексной нейропатической лицевой болью, у которых осуществлялась электрическая стимуляция ветвей тройничного нерва. Подобный дифференцированный подход к лечению хронической лицевой боли позволяет выбрать оптимальный способ вмешательства для каждого больного.

С философским докладом о будущем функциональной нейрохирургии выступил Такаоми Тайра (T.Taira). Ещё до появления стереотаксиса нейрохирурги выполняли различные вмешательства для коррекции нарушенных функций. Некоторые (такие, как нейротомия, дорсальная ризотомия, дрезотомия и т.д.) применяются и по сей день. Сейчас всё шире используется ГМС, причём увеличивается число показаний для хронической имплантации электродов: психические расстройства, анорексия, ожирение и т.д. Недавно предложено избирательное стирание памяти при посттравматическом синдроме с помощью ГМС. Применение медикаментозных и хирургических методов не для лечения имеющихся расстройств, а для

улучшения (enhancement) человеческой психики представляется опасным с этической точки зрения, о чём нейрохирурги не должны забывать.

Вспоминая о будущем

Программа симпозиума включала ланч-семинар по истории нейрохирургии. Патриарх японской нейрохирургии Кинтомо Такакура (K.Takakura) рассказал об истории нейрохирургии в Японии. Первая операция по поводу внутричерепной опухоли была проведена в Японии в 1905 г. (т.е. на 14 лет позже, чем в России). В 1922 г. одним японским хирургом сообщалось об успешном удалении двух случаев невриномы слухового нерва (к тому времени Людвиг Пуссеп в России уже прооперировал более 20 опухолей мосто-мозжечкового угла). Японское нейрохирургическое общество возникло в 1948 г. (а Всесоюзное общество нейрохирургов – на 10 лет раньше).

Автор этих строк выступил с докладом о становлении советской нейрохирургии в межвоенный период. Если в первой половине прошлого века она, безусловно, опережала японскую, то теперь (и нынешний симпозиум это наглядно продемонстрировал) у нас наблюдается явное отставание.

Одно из самых сильных впечатлений от поездки – посещение Мемориального музея мира, посвящённого атомной бомбардировке Хиросимы 6 августа 1945 г. – камень с силуэтом мгновенно сгоревшего человека, обугленные остатки детской одежды, оплавившаяся посуда... Неподальё находится памятник Садако Сасаки – японской девочки, которая умерла 10 лет спустя от лучевой болезни. Она верила, что выздоровеет, если успеет сложить тысячу оригами (бумажных журавликов). Не успела. Памятник окружают стеклянные витрины с множеством детских разноцветных журавликов.

Вышеупомянутый профессор Каору Курису изучил частоту менингиом у выживших после атомного взрыва жителей Хиросимы в радиусе 2 км от эпицентра. Она оказалась почти втрое выше, по сравнению с теми, кто не подвергся облучению (соответственно 8,7 и 3 случая на 100 тыс. человек ежегодно). Чем ближе к месту взрыва находились люди, тем чаще встречались у них менингиомы, причём их частота возрастала 30 лет спустя. Высокая корреляция между частотой менингиом и расстоянием от центра взрыва также отмечалась у выживших жителей Нагасаки.

На обратном пути мы провели пару дней в Токио. Михаил Чернов показал мне Токийский женский медицинский университет, основанный в 1900 г. Совместно с Университетом Васеда здесь создан биомедицинский центр (Tokyo Women's Medical University/Waseda University Joint Institution for Advanced Biomedical Sciences), объединяющий усилия медиков и инженеров в разработке искусственных органов, медицинской аппаратуры и материалов. Например, инженер Китаро Йошимитсу (K.Yoshimitsu) продемонстрировал разработанное при его участии новое устройство, позволяющее хирургу на расстоянии управлять изображениями на экране монитора в процессе операции с помощью стандартизованных движений руки. Прибор запущен в серийное производство и уже приобретён ФЦН в Новосибирске.

Болеслав ЛИХТЕРМАН,
спец. корр. «МГ»,
доктор медицинских наук.

Токио – Хиросима – Москва.

Фото автора.

Новые подходы

Анализы проверит автомат

Ускоряется проведение исследований и повышается их качество



В первой автоматизированной микробиологической лаборатории

Тот, кто сталкивался с выполнением вручную анализов по определению микробных возбудителей инфекционных болезней, знает, как велико здесь значение «человеческого фактора». Малейшая неточность в дозировке или концентрации субстрата, формировании абсолютно гладкой поверхности и т.п. могут привести к ошибкам в диагностике заболевания и, соответственно, его лечения.

Поэтому так важен переход на автоматизацию подобных исследований, способный свести до минимума риск подобных ошибок и повысить качество анализов, оптимизировать работу лабораторного персонала, централизованно хранить результаты и передавать их по запросу лечащих врачей.

Примером может служить открывшаяся осенью прошлого года в московской городской клинической больнице № 67 им. Л.А.Ворохобова первая в стране автоматизированная микробиологическая лаборатория. Недавно с его работой смогли ознакомиться представители ведущих федеральных СМИ.

– Новый инновационный комплекс позволил существенно ускорить проведение исследований и повысить качество бактериологических анализов, – говорит заведующий клинико-диагностическим отделением ГКБ № 67 Анатолий Назаров. – Результаты микробиологических исследований для врачей-клиницистов являются одним из важных инструментов постановки диагноза и назначения больному корректной терапии. Особенно актуальна точная лабораторная диагностика при назначении антимикробной терапии сегодня, в ситуации тотальной антибиотикорезистентности и появления всё большего количества устойчивых к антибиотикам микроорганизмов.

Важно, что улучшается не только качество анализов, но и сроки их выполнения. Обычная микробиологическая лаборатория предоставляет антибиотикограмму примерно на 5-7-й день, в то время как автоматизированная система справляется с этой за-

дачей уже на следующий день после получения образца. Можно не объяснять, насколько это важно для постановки диагноза, своевременного и правильного назначения терапии и эффективности лечения в целом!

К слову, для определения чувствительности в лаборатории используется автоматический бактериологический анализатор, который позволяет получать антибиотикограмму за 6-10 часов.

– Одобренные врачами результаты моментально поступают в единую лабораторную информационную систему, а из неё – в общую информационную систему больницы и округа. Корректная постановка диагноза и назначение лечения также дают возможность существенно сократить сроки пребывания пациента в стационаре, длительность и стоимость лечения, – подчёркивает Анатолий Назаров.

По его словам, появление такой лаборатории является значимым этапом в реформировании системы здравоохранения. Внедрение новейших зарубежных технологий в отечественные больницы не только способствует улучшению качества оказания медицинской помощи, но и имеет экономическую составляющую. Это позволяет оптимизировать и повысить эффективность работы врачей без увеличения численности лабораторного персонала, увеличить производительность труда сотрудников (в среднем до 80 проб в день на одного врача, в то время как использование ручных методик позволяло делать одному специалисту 20-30 проб в день).

Кроме того, система даёт возможность проводить микробиологические анализы, поступающие из других поликлиник, больниц (а анализы в 67-й проводятся ещё и для части ЛПУ города и Подмоскovie), что является значимым фактором с точки зрения централизации лабораторных служб столицы.

В перспективе – появление подобных лабораторий в других городах страны и некоторых странах СНГ.

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Москва.

Колебания валютного рынка, западные санкции нанесли ощутимый удар по многим отраслям производства, связанным с импортным сырьём, оборудованием, комплектующими. Не осталась в стороне и отечественная фармацевтика. Уже сегодня некоторые предприятия отрасли вынуждены отказаться от выпуска ряда номенклатурных позиций, под угрозой невыполнения оказались многие инвестиционные проекты. Об этом шла речь на состоявшейся в Российском союзе промышленников и предпринимателей (РСПП) конференции «Разработка антикризисных мер поддержки отечественного производства лекарственных препаратов и медицинских изделий». В обсуждении приняли участие представители профильных министерств и ведомств, руководители предприятий и ассоциаций фармацевтической и медицинской промышленности.

По полному циклу

По итогам 2014 г. российский рынок лекарственных средств и медизделий составил около 1 трлн руб., из них 600 млрд – средства, направленные из бюджета. Об этом сообщил председатель комиссии РСПП по фармацевтической и медицинской промышленности Юрий Калинин.

Стратегии развития фармацевтической и медицинской промышленности предусматривают переход на производство лекарств и медизделий по полному циклу: создание производства субстанций, ингредиентов, упаковочных материалов, сырья, комплектующих и оборудования. В настоящее время большая часть из них закупается по импорту. Резкое падение курса рубля ухудшило финансовое положение предприятий, осуществляющих инвестиционные проекты в рамках импортозамещения. Из-за недостатка свободных оборотных средств и растущих ставок по кредитам многие из этих проектов оказались на грани срыва.

Ещё одна серьёзная проблема – сложная система регистрации ЛС и медизделий. Юрий Калинин привёл пример из реальной практики, когда одно из отечественных фармпредприятий, вложившее более 400 млн руб. в модернизацию, запустившее современную производственную линию, не может уже в течение 4 лет зарегистрировать новый продукт. И это, к сожалению, не единичный случай.

Отвечая на справедливую критику, заместитель руководителя Росздравнадзора Ирина Борзик отметила, что в июле 2014 г. было принято Постановление Правительства РФ № 670 «О внесении изменений в Правила государственной регистрации медицинских изделий». В частности, у заявителя появилась возможность предоставления дополнительных материалов и сведений на каждом этапе экспертизы. По её словам, это позволило в 3 раза снизить количество отказов в регистрации медизделий по сравнению с периодом до вступления в силу данных поправок. Кроме того, заявитель теперь может вносить изменения в регистрационное удостоверение по дополнительным основаниям (в случае модернизации, совершенствования характеристик и свойств изделия и т.д.). Также в ближайшее время ожидается выход приказа Минздрава России № 1353, в соответствии с которым будет упрощена процедура регистрации для изделий первого класса риска. В частности, предполагается, что она будет проводиться в один этап.

Среди других инициатив Росздравнадзора, направленных на поддержку отечественных производителей – упрощение процедуры регистрации для отдельных видов изделий (наборов, комплектов, упаковок, в состав которых входят медицинские изделия и ЛС, уже зарегистрированные на рынке, но заявленные в новой комплектации), а также сокращение сроков проведения экспертизы качества, эффективности и безопасности медизделий для целей регистрации. Соответствующие предложения отправлены ведомством на согласование в Минздрав России. Кроме того,

Проблемы и решения

Штормовое предупреждение

В Москве обсудили антикризисные меры по поддержке отечественного производства лекарств и медицинских изделий



Федеральной службой совместно с Минпромторгом обсуждается возможность возмещения отечественным производителям расходов, связанных с регистрационными процедурами, за счёт средств федеральных программ.

Ключ к замку

На рынке медизделий вслед за стагнацией отмечается снижение спроса на продукцию. В 2015 г. эксперты ожидают снижение спроса на 10%, а по некоторым позициям – до 25%. Об этом сообщил президент ассоциации «Здравмедтех» Александр Ручкин. «В условиях кризиса и падения национальной валюты возникает дополнительное ценовое давление на бюджеты медицинских учреждений. Это, в свою очередь, может привести к замораживанию программ переоснащения. И данная негативная тенденция отразится не только на импортёрах, занимающих по ряду позиций доминирующее положение на рынке, но и на отечественных производителях», – подчеркнул эксперт.

Сокращение объёма рынка медицинских изделий было неизбежным, считает начальник Управления контроля социальной сферы и торговли Федеральной антимонопольной службы Тимофей Нижегородцев:

– После завершения госпрограммы модернизации здравоохранения ключевые усилия направлены на проведение ремонтных работ, закупку запасных частей и расходных материалов. Сегодня этот рынок искусственно монополизирован и как «ключ к замку» привязан к конкретным зарубежным производителям. Независимые российские компании не могут на него попасть. По мнению представителя ФАС, необходимые требования и процедуры по регулированию данной сферы должны быть введены на федеральном уровне. Подобная практика существует в развитых

странах мира, однако в России до сих пор нет базового закона о медицинских изделиях.

Сегодня российские фармкомпании вынуждены повышать цены, чтобы сохранить уровень приемлемой рентабельности. В первую очередь под удар попали лекарства «низшего ценового сегмента», в том числе из Перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов.

кризиса, рассказал заместитель министра Сергей Цыб.

Он напомнил, что недавно вышло постановление правительства по медицинским изделиям, ограничивающее допуск зарубежных производителей к госзакупкам. «Этот документ, – отметил он, – позволит, в том числе, стимулировать активное развитие производства в сфере медицинской промышленности».

Аналогичный проект постановления по лекарственным препаратам, так называемый «третий лишний» уже внесён в Правительство Российской Федерации. В настоящее время Минпромторг его дорабатывает совместно с правовым управлением.

Также заместитель министра отметил, что ряд инициатив, которые Министерство промышленности и торговли выдвинуло при подготовке антикризисного плана, нашли своё отражение в утверждённом правительством плане первоочередных мероприятий по обеспечению устойчивого развития экономики и социальной стабильности в 2015 г. (распоряжение Правительства РФ № 98-р от 27.01.2015).

В рамках этого плана Минпромторг подготовил проект постановления по субсидированию процентной ставки по привлекаемому кредитам под оборотный капитал. «Сейчас проходит согласование документа с федеральными органами исполнительной власти, предполагается внедрение механизма субсидирования именно ключевой ставки, и это, на наш взгляд, позволит активно поддерживать предприятия в рамках ведения хозяйственной деятельности. На данные цели выделены средства в размере 20 млрд руб. Эта субсидия будет системная, неотраслевая, то есть будет касаться всех отраслей промышленности, в том числе и фармацевтической, и медицинской», – разъяснил С.Цыб.

Приказом министерства утверждён список стратегически значимых предприятий, в том числе из сферы фарммедпрома – порядка 50, которые еженедельно заполняют на портале «антикризисного мониторинга» оперативную информацию о своей текущей деятельности. Таким образом министерство может отслеживать текущее положение, чтобы принимать оперативные меры поддержки предприятий, в том числе в ручном режиме. Например, при возникновении проблем, связанных с банками, повышениями ставок и т.д.

Кроме того, совместно с Минздравом Минпромторг создал рабочую группу, куда вошли все ключевые руководители подразделений обоих министерств. Данный инструмент будет задействован в рамках той работы, которая связана, в том числе, с выполнением индикаторов и показателей государственной программы развития фарммедпромышленности и стратегии лекарственного обеспечения. «Здесь мы активно занимаемся отраслевым планом импортозамещения в части ЖНВЛП».

Ещё несколько дополнительных финансовых инструментов появилось после принятия закона

о промышленной политике, например, создан Фонд развития промышленности. «Этот фонд финансирует предпроектные и проектные работы участников инвестиционного цикла проектных решений промышленных предприятий. Здесь у фармацевтических и медицинских предприятий, реализующих инвестиционные проекты, есть возможность обращаться в Фонд развития

промышленности и получать финансирование в части льготного кредитования по ставке 5% на затраты, которые связаны именно с предпроектной фазой», – отметил С.Цыб.

Что касается вопросов регулирования предельных отпускных цен на лекарства из Перечня ЖНВЛП, С.Цыб отметил, что со своей стороны Минпромторг мониторит ситуацию с препаратами стоимостью до 50 руб. «Мы видим, насколько чувствительна ситуация с точки зрения их производства, – обратил внимание он. – Поэтому ждём выхода соответствующего закона о переносе сроков разовой индексации цен с 1 июля на 16 марта».

Меры поддержки прорабатываются и в рамках работы на текущий год над Госпрограммой «Развитие фармацевтической и медицинской промышленности». Экспертные советы по развитию фармацевтической и медицинской промышленности согласовали внесение в госпрограмму изменений в части нового финансового инструментария.

«Вы знаете, что мы работаем над созданием инструментов по выдаче субсидий по разработке и производству субстанций, – напомнил С.Цыб. – Отдельная субсидия будет касаться поддержки клинических исследований. В этой части мы считаем, что необходимо поддержать те проекты по разработке лекарственных препаратов и медицинских изделий, которые находятся уже в стадии проведения клинических исследований, то есть фактически близки к выходу на рынок».

Отдельная субсидия также запланирована для медизделий. В первую очередь входящих в перечень имплантируемых медицинских изделий, утверждённый распоряжением правительства в конце декабря 2014 г. «Так как перечни привязаны к программе государственных гарантий и фактически – к государственным закупкам, существует стопроцентная вероятность того, что такие изделия будут востребованы системой здравоохранения в России», – пояснил С.Цыб.

По итогам конференции было принято решение создать в рамках Минпромторга антикризисный штаб для оперативного решения проблемных вопросов реализации антикризисных мер по поддержке производства лекарственных препаратов и медизделий. В него также войдут представители Минздрава, Минэкономики, Минфина, ФАС России и профессиональных общественных объединений.

Ирина СТЕПАНОВА,
корр. «МГ».

В ручном режиме

О текущей деятельности Минпромторга, направленной на преодоление экономического



ПРЕМИЯ НАЦИОНАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПАЛАТЫ

ЗА ВКЛАД В РАЗВИТИЕ РОССИЙСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И ПОВЫШЕНИЕ УВАЖЕНИЯ К МЕДИЦИНСКИМ РАБОТНИКАМ

Крупнейшее мероприятие медицинской отрасли – конкурс на соискание
Премии Национальной медицинской палаты проходит в феврале-апреле 2015 года во всех регионах России.
Торжественная Церемония награждения победителей состоится в рамках внеочередного Съезда НМП в Москве в мае 2015 года.

НОМИНАЦИИ ПРЕМИИ

ДЛЯ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ СМИ

Престиж врачебной профессии во многом зависит от общественного мнения. А формирует его «четвертая власть» – средства массовой информации. Поэтому мы благодарны тем, кто публикует объективные материалы о деятельности врачей, и считаем этих людей достойными награды.

«ВРАЧ ПОД ЗАЩИТОЙ», «ПРОФЕССИЯ – ВРАЧ», «ДИАГНОЗ»

УЧАСТНИКИ: официально зарегистрированные федеральные и региональные СМИ (ТВ, радио, печатные и электронные СМИ, информационные агентства).

ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Молодые и опытные, столичные и провинциальные, педиатры и геронтологи, нас всех объединяет любовь к профессии и чувство долга. Сейчас у нас есть возможность выбрать самых лучших и поблагодарить за то, что они делают для всех нас!

«ЗЕМСКИЙ ДОКТОР», «КАРЬЕРА», «ПОЧЕМУ Я ХОЧУ СТАТЬ ВРАЧОМ», «МОЙ НАСТАВНИК»

УЧАСТНИКИ: медицинские работники, студенты медицинских вузов.

ДЛЯ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ОБЩЕСТВЕННЫХ ОБЪЕДИНЕНИЙ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

В каждом регионе нашей страны зарегистрировано огромное количество профессиональных общественных медицинских объединений. Одни существуют лишь на бумаге, а другие реально работают для того, чтобы хоть немного изменить ситуацию в лучшую сторону.

«ПРАВО НА ЗАЩИТУ», «ТЕРРИТОРИЯ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ», «НАШ МАЯК»

УЧАСТНИКИ: территориальные и профессиональные общественные медицинские организации.

СРОК ПРИЕМА ЗАЯВОК – С 17 ФЕВРАЛЯ ПО 20 АПРЕЛЯ.

**ВРУЧЕНИЕ ПРЕМИИ СОСТОИТСЯ В МОСКВЕ 22 МАЯ 2015 ГОДА
В ДОМЕ МУЗЫКИ, В РАМКАХ СЪЕЗДА НАЦИОНАЛЬНОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ПАЛАТЫ.**

+7 (495) 640 79 32 | WWW.PREMIANMP.RU

Открытия, находки

Кровь не водица

Кровь постоянно находится между Сциллой свёртываемости и Харибдой неостановимого кровотечения у жертв гемофилии, самой известной из которых был цесаревич Алексей. Напряжённые поиски, которые велись в течение десятилетий, показали наличие двух взаимоисключающих систем, а именно тканевого плазминогена и фибриногена.

Первый представляет собой белок, препятствующий запуску каскада из более чем десятка ферментов, активность которых включается тромбопластинном. Второй же играет роль «сторожевого пса» целостности сосудов. Расщепление последнего приводит к выпадению нерастворимых нитей фибрина, которые вместе с «запутавшимися» в их сети тромбо- и эритроцитами, а также клетками белой крови образуют тромб, осуществляя гемостаз.

Хирурги для этого пользуются гемостатической губкой. Но даже при её наличии врачи мечтают о препарате, который можно было бы вводить внутривенно и тем самым как бы подстёгивать естественный гемостаз, не допуская больших кровопотерь. То же относится и к полевой хирургии, когда военврачам приходится действовать в обстановке, приближённой к боевой.

Похоже, что мечта работников МЧС и медицины катастроф воплотилась в реальность. Сотрудники Университета штата Вашингтон в Сиэтле провели успешные экспе-

рименты на крысах по остановке смертельно опасных кровотечений из бедренной артерии с помощью синтезированного ими полимера, который они назвали PolySTAT (STAT по аналогии с гемостазом). Идея его разработки была навеяна кровоостанавливающим протеином под названием «фактор XIII», который в норме «укрепляет» нити и саму сеть фибриновых волокон (от fiber – волокно, нить, сравни: фибриллярный, фибровый, фибронектин).

Укрепление сети достигается за счёт поперечных «связок», осуществляемых PolySTAT. Молекулярные «крессы» представлены небольшим дипептидом под названием «гамма-глутамил-лизил-амид», состоящим из аминокислотных остатков глутаминовой кислоты и лизина, соединённых амидной связью, откуда и название. Молекулы синтетического препарата, имитирующие своим «поведением» трансглутаминазный фактор XIII, связываются со специфическими участками фибриновых молекул, что стимулирует их полимеризацию с образованием фибрилл значительно большего сечения. Образующаяся сеть благодаря небольшому синтетическим молекулам дипептида оказывается гораздо более устойчивой к действию того же «разжижающего» сгустки плазминогена и других ферментов, в норме осуществляющих деградацию сети.

Опробование нового стимулятора образования сгустков крови на крысах дало весьма обнаде-

живающие результаты. Ни одного животного с PolySTAT, введённым до нанесения сосудистой травмы, учёные не потеряли, в то время как крысы с летальным кровотечением выживали лишь в 20% случаев. Новый подход, основанный на индуцированном кросс-линкинге фибрина, открывает перспективы неинвазивного регулирования молекулярной «архитектуры» сгустка и тем самым расширяет границы терапевтического применения в лечении.

Немаловажно и то, что новый полимер, возможно, облегчит работу трансфузиологов, вынужденных сегодня запасать большие количества плазмы крови и тромбоцитарной массы, имеющих свой срок хранения и требующих дорогостоящего оборудования для прогревания с целью обеззараживания и предупреждения вирусного и иных возможных заражений. Кроме того, новый полимер связывается с фибрином, только начавшим «выпадать» в нерастворимом состоянии в месте ранения или травмы, не затрагивая водорастворимую форму протеина, циркулирующего в крови. Этим предупреждается нежелательное формирование сгустков внутри целостных сосудов, что может приводить к инсультам и инфарктам. Со временем изобретатели надеются создать бинты с полимером для повседневного пользования в бытовых условиях, а также определить потенциал PolySTAT для лечения людей, страдающих гемофилией.

Игорь ЛАЛАЯНЦ,
кандидат биологических наук.
По материалам
Science Translational Medicine.

Исследования

Солнечное закаливание

Исследование австралийских учёных показало, что чем больше времени подростки и люди молодого возраста проводят на свежем воздухе под воздействием солнечных лучей, тем ниже у них риск развития миопии (близорукости).

Для выяснения связи между миопией и активностью человека на свежем воздухе исследователи из Университета Нового Южного Уэльса изучили степень ультрафиолетовой аутофлуоресценции конъюнктивы – показатель, характеризующий степень воздействия ультрафиолета на ткани глаза. Этот метод является более объективным и точным, чем обычный опрос участников о времени, которое они проводят на улице, отмечают учёные.

В исследовании с участием 1344 человек молодого возраста была использована специально созданная фотокамера для получения ультрафиолетовых фотографий глаз участников испытания. Затем с помощью этих снимков учёные оценили уровень повреждения тканей глаза солнечным светом.

Как показал анализ полученных данных, у людей, проводивших больше времени на свежем воздухе, он был выше, но при этом риск развития миопии – гораздо ниже.

По словам профессора Дэвида Маккея, хотя до сих пор до конца не ясно, почему солнечный свет предохраняет от развития близорукости, существует несколько теорий, объясняющих эту взаимосвязь. Согласно одной из них, попадание ультрафиолета на переднюю часть глаза положительно влияет на состояние глазного дна (внутренней поверхности глаза). По другой теории, воздействие солнечного света на сетчатку глаза способствует выделению дофамина, предотвращающего удлинение глазного яблока, которое наблюдается при миопии.

Тем не менее Д.Маккей обращает внимание на то, что излишнее солнечное излучение может повысить риск развития меланомы и такой глазной патологии, как птеригий, который представляет собой поверхностное разрастание роговицы тканью конъюнктивы с образованием треугольной складки. В связи с этим, по словам учёного, необходимо найти баланс между необходимостью находиться достаточное количество времени на свежем воздухе и не нанести вред своему организму.

Яков ЯНОВСКИЙ.
По информации портала
Science Network Western Australia.

Бессонная ночь – удовольствие, мягко говоря, ниже среднего. Казалось бы, сон должен быть для человека предельно естественным и несложным занятием, но бессонница тем не менее мучает многих из нас. По новым данным, проведённые в постели часы не менее важны для физического и умственного здоровья, чем еда, общение и прогулки. Здоровый ночной сон помогает привести в порядок настроение, добавить концентрации и улучшить память. А недосып учёные часто увязывают с целым рядом заболеваний, от сердечных до диабета.

Если человек пытается уснуть всеми силами, то эффект часто получается обратный – сон всё никак не приходит. Поэтому придумано множество способов, якобы помогающих нам достичь заветной цели. Но какие из них на самом деле работают, а какие – нет?

Памятка для желающих выспаться

Избегать кофеина. Совет очевидный, но его нелишне повторить. Однако похоже, что ограничивать себя можно не настолько сильно, как считалось раньше. Если вы выпили кофе поздно днём, то к 11 вечера большая часть кофеина уже будет выведена из организма. Не пить кофе или чай как минимум за 6 часов до сна – хорошая мысль, но у учёных нет чётких доказательств того, что за пределами этих временных рамок воздержание от кофеина имеет смысл. Также стоит отметить, что кофеин оказывает на людей разный эффект: некоторые из нас в силу генетических особенностей гораздо менее подвержены его действию. Поэтому прислушайтесь к реакции вашего организма.

Дневник сна. Для улучшения «гигиены сна» и более глубокого засыпания полезно снизить потребление спиртного, делать регулярные физические упражнения, избегать дневной дремы и придерживаться чёткого режима. И, само собой, в течение нескольких часов перед сном не стоит браться за неприятные или сложные задачи – а это проще сказать, чем сделать. Некоторые специалисты советуют вести дневник и отмечать в нём, чем вы занимались перед сном – чтобы помочь себе систематизировать опыт и избежать наиболее вредных привычек.

Долой электронное чтиво. Чтение само по себе может оказывать усыпляющий эффект, однако постоянный поток новых технологий в этой отрасли принёс с собой и подводные камни. Многие электронные книги имеют активную матрицу или подсветку в голубом диапазоне цветового спектра, которая заставляет наш мозг считать, что солнечный световой день ещё не закончился.

Недавнее исследование показало, что чтение с таких устройств перед отходом ко сну снижает в организме уровень мелатонина (гормон, регулирующий суточные ритмы) и таким образом затрудняет засыпание, в сравнении с обычной бумажной книгой. То же относится к планшетам, компьютерам и смартфонам.

«Усыпляющий ужин». Западная народная мудрость гласит, что от сыра и шоколада ночью бывают кошмары. Научных доказательств этому пока нет, но диета вне всяких сомнений оказывает влияние на скорость засыпания и качество сна. Блюда, богатые углеводами и белками (в особенности масляная рыба) и с низким содержанием жира, способны продлить ваш сон и сделать его более крепким, но только если вы едите их минимум за час до отбоя.

Менять позу. Бессонница может быть связана с синдромом апноэ во сне, при котором дыхательные пути оказываются временно блокированными. Этот же синдром увязывают и с храпом. Зачастую страдающие им люди даже не понимают, отчего они вдруг резко просыпаются посреди ночи, а это может происходить неоднократно. У этого синдрома может быть несколько причин, но в ряде случаев проблему можно легко решить, если засыпать на животе или на боку.

Исследования

Спокойной ночи, больчиши! Четверть жизни мы проводим с Морфеем

Как вы уже, наверное, догадываетесь, стопроцентного способа избавиться от бессонницы, похоже, не существует. Но если задуматься о наборе разных факторов, которые потенциально мешают вам спать, то можно по крайней мере начать с ними экспериментировать – и посмотреть, помогают ли эти эксперименты. Уж лучше это, чем считать овец.

Похвальное слово сну

В опубликованном в прошлом году исследовании учёные выяснили, что и ночной и дневной сон помогает лучше фиксировать в долговременной памяти не связанные по смыслу концепции. В ходе ещё одного исследования, проведённого в Пекинском технологическом университете, оказалось, что сон улучшает деятельность мозга и органов зрения, способствует физическому и психическому восстановлению.

Группа учёных из Калифорнийского университета сравнивала воздействие на память 200 мг кофеина (примерно такая доза содержится в чашке кофе) и 60-90 минут дневного сна. Учёные установили, что сон улучшает работу памяти, а кофеин либо никак на неё не влияет, либо ухудшает. Исследователи предположили, что кофеин мешает фиксации новой информации в долговременной памяти, так как он повышает содержание в гиппокампе мозга нейромедиатора под названием ацетилхолин (количество этого нейромедиатора естественным образом снижается в медленной фазе сна).

Результаты исследований о пользе сна убедили руководство некоторых компаний разрешить сотрудникам спать в течение рабочего дня. Идея была принята на ура, особенно молодыми родителями, приходящими в себя после бессонных ночей, и теми, кто летает в командировки в другие часовые пояса.

Около 40% людей по своей природе склонны к послеобеденному сну, он им нужен и полезен. Если вы относитесь к таким людям, то стоит принять на вооружение пару соображений, позволяющих вздремнуть с максимальной эффективностью.

Учёные считают, что, исходя из суточных биоритмов человека, наиболее естественное время отхода к дневному сну – между 2 и 4 часами дня. Оптимальное время для сна, когда фазы медленного и быстрого сна сочетаются наилучшим образом. Как правило, этот баланс достигается спустя 6-8 часов после утреннего пробуждения.

Многое также зависит от того, какого эффекта вы хотели бы добиться. Исследователи сравнивали влияние быстрого сна, медленного сна и отдыха в состоянии бодрствования на способность к творческому решению задач. В обед студенты либо спали медленным или быстрым сном, либо просто отдыхали. Вечером, повторяя аналогичный тест, лучшие результаты показали

Джейкобсу, идеалом является 7-часовой сон. Спите меньше, и у вас есть реальный шанс умереть раньше; спите больше – и шанс безвременного перехода в мир иной становится ещё выше.

Однако другой специалист по проблемам сна, профессор сердечно-сосудистой медицины Франко Капуччио из Уорикского университета в Британии, советует не паниковать. Всё, что на-

навязчивый чёрный пёсик, нужно срочно остановиться и отдохнуть.

Негативное влияние бессонницы на организм отмечалось в ходе многих исследований. В крови повышается содержание гормонов стресса, таких как адреналин и кортизол, и в результате повышается артериальное давление. Одновременно нарушается сердечный ритм и начинаются перебои в работе иммунной системы.



ходится в промежутке между 6 и 8 часами, с его точки зрения, является нормой. Хотя бы потому, что совершенно точно измерить продолжительность сна представляется крайне проблематичным.

Любой человек, который спит либо меньше 6-8 часов, либо больше, рискует получить такие проблемы со здоровьем, как повышенное артериальное давление, сахарный диабет и сердечно-сосудистые заболевания. Но как велик этот риск? Учёные обнаружили, что среди тех, кто хронически недосыпал, смертность оказалась на 12% выше, чем у золотой середины – спящих по 6-8 часов.

После 7-часового сна большинство взрослых утверждают, что чувствуют себя отдохнувшими и бодрыми, и лишь 5% жалуются на сонливость и усталость. Однако если вы по природе любите понежиться под одеялом, после чего чувствуете себя просто замечательно, то, скорее всего, вам ничто не угрожает.

Пересып и недосып: пути к ранней могиле

Считается, что каждый из нас должен спать по 8 часов в сутки. Но слишком долгий, так же как и слишком короткий сон, может привести к безвременной кончине, утверждают учёные. Любое отклонение от золотой середины увеличивает риск заболеваний и даже смерти. Почему же это так опасно и следует ли нам всем немедленно отказаться от возможности «отоспаться» в выходной день?

Доктор Грэг Джейкобс работает в центре нарушений сна на медицинском факультете Университета Массачусетса. По его словам, за последнее десятилетие исследования показали, что 8 часов ежедневного (вернее, еженощного) сна могут вам повредить. «Всего было проведено 34 различных исследований, – рассказывает Грэг Джейкобс. – Врачи отслеживали модели поведения и состояние здоровья более 2 млн человек. Оказалось, что зависимость между продолжительностью сна и продолжительностью жизни можно изобразить в виде буквы «U».

«Самая низкая смертность наблюдается в самой нижней части дуги «U», и эта точка соответствует 7 часам ежедневного сна. Как только вы начинаете удаляться от идеала как в сторону более продолжительного сна, так и в сторону недосыпа, риск ранней смерти начинает расти. Причём риск у любителей поспать увеличивается быстрее, чем у тех, кто спит меньше нормы».

Итак, если верить доктору

Бодрость во вред

К 78-летию, если верить некоторым подсчётам, в среднем человек 9 лет просиживает за телевизором, 4 года проводит за рулём, 92 дня – в туалете и 48 дней занимается сексом. Но среди всех занятий, поглощающих наше время, есть безусловный чемпион. К 78 годам человек тратит на сон в среднем 25 лет. И если пытаться хотя бы частично отвоевать у Морфея эти годы, то возникает вопрос: как долго человек способен не спать и каковы последствия продолжительного бодрствования?

Здоровый индивид, пытающийся найти ответ путём эксперимента над собой, вскоре поймёт, что задача поставлена непростая. «Необходимость во сне настолько сильная, что перевешивает голод, – говорит Эрин Хэнлон, доцент центра сна, метаболизма и здоровья при Чикагском университете (США). – Ваш мозг просто уснёт, несмотря на все сознательные попытки с этим бороться».

Когда мы продолжаем бороться со сном, у нас падает концентрация и хуже работает кратковременная память. Если же игнорировать эти сигналы, бодрствуя целыми днями, то в итоге разум сдаётся. Появляются резкие перепады настроения, паранойя, человек видит несуществующие предметы. Водители-дальнобойщики называют это состояние «увидеть чёрную собаку». Их профессиональная мудрость гласит: если на дороге появился

Как следствие, не высыпавшиеся люди становятся нервными и чаще болеют.

Осторожно, глаза не закрываются

А что если вообще не спать? Печальные последствия постоянного бодрствования проявляются у пациентов с редким генетическим заболеванием под названием «фатальная семейная бессонница».

Вызывающие это заболевание гены имеются примерно у 40 семей во всём мире. В нервной системе носителей из-за генетического дефекта белки преобразуются в так называемые прионы, теряя при этом нормальные свойства. Прионы – это протеины неправильной формы, и из-за них у пациентов начинаются большие проблемы. Прионы сбиваются в комки в нервной ткани, убивают её и превращают мозг в подобие швейцарского сыра (то же самое происходит при болезни Крейтцфельда – Якоба, самом известном из вызываемых прионами заболеваний). У людей с фатальной семейной бессонницей наибольший вред причиняется таламусу, глубокоому отделу мозга, отвечающему за сон. Поэтому у них начинается бессонница.

Пациент неожиданно перестаёт спать, и у него появляются странные симптомы, к примеру, суженные зрачки и повышенное потоотделение. Через несколько недель он переходит в постоянное дремотное состояние. Больной ходит как сомнамбула и временно подёргивается – подобно тому, как люди порой непроизвольно дёргаются при засыпании. За этим следуют потеря веса, впадение в маразм и, в конце концов, смерть.

Всего вышесказанного, по идее, должно быть достаточно для того, чтобы отбить у любого человека охоту ставить над собой эксперименты по лишению сна. Но остаётся вопрос: как долго человек способен не спать? Чаще всего упоминается рекорд Рэнди Гарднера из Сан-Диего, установленный в 1964 г. Будучи 17-летним старшеклассником, Гарднер провёл этот эксперимент в качестве внеклассной научной работы. По заявлению наблюдавших за ним учёных, Гарднер не спал 264 часа (чуть больше 11 суток).

Сколько времени человек может обходиться без сна, точно неизвестно. Возможно, оно и к лучшему: принимая во внимание вред, который люди наносят себе подобными опытами, составители Книги рекордов Гиннеса ещё в прошлом десятилетии решили больше не регистрировать достижения в этой категории.

Юрий БЛИЕВ,
обозреватель «МГ».

По материалам
British Medical Journal,
BBC Medicine.

Их становится всё меньше, но память о них не угасает, она хранится в сердцах новых поколений, о чём свидетельствует состоявшийся в Смоленске, городе-герое, день памяти в честь 90-летия замечательного сына нашего Отечества – ректора Смоленской государственной медицинской академии Николая Козлова, который своим полувековым служением родной alma mater определил целую эпоху в её развитии. А для меня он был и остаётся прежде всего однокурсником, хотя и проработали вместе много лет.

И в эти дни, накануне 70-летия Великой Победы, тем более хочется о нём рассказать.

Их соединил институт

Будущий учёный родился в простой крестьянской семье, с отличием окончил сельскую школу. Когда началась война, трудился на льнозаводе, работал трактористом, а с 1943-го и до Победы сражался в знаменитой Кантемировской дивизии. За боевые заслуги награждён орденами и медалями.

После демобилизации в 1947 г. решил поступать в Смоленский медицинский институт. Этот выбор не случаен.

Все фронтовики преклонялись перед медициной, на их глазах медики буквально вырывали раненых бойцов из смертельных объятий. Не удивительно, что в первые послевоенные годы они и составили немалую часть студенчества медицинских вузов страны, определив в дальнейшем формирование целого созвездия выдающихся деятелей отечественной медицины, среди которых Николай Козлов занял достойное место.

В разрушенном Смоленске только начинал восстанавливаться медицинский институт, поэтому наш курс единственного лечебного факультета составил всего 100 человек. Конкурс был большим – 10 человек на место. Однако действовала справедливая установка: фронтовики зачислялись вне конкурса.

Уже на склоне лет Николай Борисович с особым чувством вспоминал ту пору. Шли вступительные экзамены в институт. На очереди – физика, которую принимает Александр Смирнов – умный, строгий, принципиальный преподаватель кафедры.

Козлов успешно справился с испытанием, а на выходе к нему обратился парень в бушлате (из фронтовиков) и говорит буквально следующее: «Браток, сходи сдай за меня экзамен. Я из этой физики уже 10 лет ничего толком не помню, провалю обязательно». Надо сказать, фронтовое братство, скреплённое общими страданиями и пролитой кровью, для всех, кто участвовал в сражениях за Родину, было священ-

К 70-летию Великой Победы

Однокурсник в бушлате

Именно таким запомнился нам этот фронтовик, учёный и ректор – Николай Козлов



Николай Козлов

ным. Коля натягивает на себя бушлат, чуть изменяет голос, причёску и отправляется в аудиторию... Экзамен сдан! Конечно же, преподаватель всё понял, но оценил этот рискованный, самоотверженный поступок, который совершил Коля Козлов, пошедший на выручку своему собрату-фронтовику. Так они и остались на всю жизнь друзьями Коля Козлов и Володя Хацкевич, и даже в мир иной ушли почти одновременно, в один год.

Так на курсе образовалась большая группа фронтовиков, которые составили почти его треть, что и определило особый дружный, неунывающий и трудолюбивый настрой, не взирая на «разруху» и «голодуху» (карточки ещё не были отменены).

Круглый отличник

Сейчас, оглядываясь с высоты прожитых лет на студенческую пору, нельзя не сказать об особой нравственности ребят-фронтовиков. Только представьте – почти 4 года они находились в пожаре войны, а затем оказались в институте, среди девичьего цветника (женский состав был представлен в основном девчонками-десятиклассницами, только вступающими в жизнь). Вот где можно было «разгуляться» вчерашним фронтовикам. Но нет! Не было ни одной сломан-

ной девичьей судьбы на курсе по вине наших ребят-фронтовиков, лучшие черты которых так ярко высвечивались в характере Коли Козлова.

Стройный юноша с доброй и внимательной улыбкой, тёплым и спокойным голосом сразу привлекал к себе внимание. Но главное, что его выделяло среди однокурсников, – особый интеллект. Он с первой же сессии стал круглым отличником. Были, конечно, и другие отличники, но уже на первых лекциях все поняли: если звучит умный, глубокий вопрос – это вопрос Коли Козлова (во время лекций профессора нередко провоцировали студентов на активное обсуждение, что вносило большое оживление в аудитории, особенно при изложении теоретических дисциплин). Не удивительно, что уже к 3-му курсу Козлов стал получать Сталинскую стипендию, активно погружаясь в научные просторы биологических наук. Одновременно обращало на себя внимание разнообразие его интересов и привязанностей. Прежде всего – спорт! Он был чемпионом института по лыжным гонкам, болельщиком и участником футбольных и других состязаний.

А ещё его отличала музыкальная одарённость. Коля хорошо играл на баяне и аккордеоне. Это он с друзьями напел нам фронтовую песню, которая стала любимой на курсе и звучала на вечерах, студенческих застольях, многочисленных субботниках, торфоразработках, куда мы были направлены летом 1948 г. Там, например, были такие слова: «Расставались в обстановке военной, когда землю терзали враги. Расставаясь, ты мне говорила: Для меня ты себя береги».

Наконец, уже в зрелые годы проявилась ещё одна грань его талантливой натуры: он начал писать стихи, часть которых была опубликована в поэтическом сборнике.

Куда без науки!

Одарённость, целеустремлён-

ность и настойчивость Николая Козлова стала особенно ярко проявляться с началом его трудовой деятельности в 1952 г. Студенческая увлечённость познаниями биологических процессов человеческого организма привела его на кафедру биохимии.

Спустя 4 года им была защищена кандидатская диссертация, посвящённая проблемам гипертермии и тепловой адаптации. Затем он исследовал аммиачную интоксикацию, шоковые состояния, алкогольные отравления и др., то есть опаснейшие сдвиги в биохимических средах организма и возможность их коррекции, что получило отражение не только в докторской диссертации, но и в нескольких его монографиях, а также в сборниках научных трудов.

Николай Борисович был талантливым педагогом, интеллигентным и доброжелательным наставником. Как говорят студенты, его лекции отражали самые современные достижения биохимии и одновременно отличались доступностью излагаемого материала. Не удивительно, что Николай Борисович сравнительно быстро занял одно из лидирующих мест в нашем институте: в 1959 г. назначен заместителем директора по учебной работе, а в 1964-м – проректором по научной работе. Но, несмотря на высокие должности, оставался самим собой: внимательным и доброжелательным к однокурсникам и сотрудникам института, власть над людьми его не изменила.

На этом этапе усилия Николая Борисовича были направлены на развитие науки в вузе. Под его руководством выполнялись многочисленные кандидатские и докторские диссертации, формировались будущие руководители кафедр.

Полвека – одному институту

Институт расширялся. Не только в разы увеличилась числен-

ность студентов на лечебном факультете, но были открыты и новые факультеты – стоматологический и педиатрический, а также целый ряд кафедр. Например, на педиатрическом факультете созданы кафедры пропедевтики и факультетской педиатрии, госпитальной педиатрии, детской хирургии, детских инфекций и др.

Активная и плодотворная деятельность Николая Борисовича, высокие человеческие качества сыграли решающую роль при утверждении его ректором института в 1978 г. после внезапной кончины Григория Старикова, занимавшего этот пост длительное время. Кстати, Григорий Михайлович – один из первых выпускников Смоленского медицинского института, созданного в 1920 г., участвовал в довоенном строительстве вуза и позже в его восстановлении. Он стремился не только вернуть в институт уцелевших довоенных сотрудников, но и настойчиво искал среди студентов перспективных ребят. Был убеждён, что тяжёлый груз возрождения разрушенного вуза способны выдержать прежде всего его питомцы. Так в поле зрения Григория Михайловича и оказалось немало талантливых, инициативных ребят, в том числе и Николай Козлов.

То, что сделано Николаем Борисовичем за годы ректорства (1978-1995), по масштабам Смоленска – просто грандиозно. Построены два студенческих общежития на 1220 мест, жилой дом для сотрудников, студенческий клуб с танцевальным залом, а главное – полностью реконструировано огромное здание, разрушенное во время войны, ставшее главным корпусом вуза и архитектурным украшением города. Открыты центральная научно-исследовательская лаборатория, новый виварий.

Одновременно с расширением научной базы института укреплялось взаимодействие с органами практического здравоохранения, при этом учитывались их первоочередные запросы. Так, на педиатрическом и лечебном факультетах создаются новые кафедры поликлинического профиля, а также клинической иммунологии и аллергологии, клинической фармакологии. Вводится должность проректора по лечебной работе. Открывается факультет усовершенствования врачей. Начато обучение иностранных студентов.

Всё сделанное Николаем Борисовичем подняло авторитет вуза среди других высших учебных заведений.

Активная плодотворная деятельность учёного была отмечена высокими государственными наградами: орденами Трудового Красного Знамени, Дружбы народов и др.

В 2001 г. Николая Борисовича не стало.

На недавнем заседании, посвящённом 90-летию со дня его рождения, звучало единодушное признание, что достойное место, которое занимает вуз в системе высшего образования страны, – это огромный личный вклад Николая Борисовича, отдавшего полвека своей жизни родному институту. Именно с его участием вуз прошёл аттестацию и стал академией с высоким общероссийским рейтингом.

Всё это особенно значимо в настоящее время, когда Смоленская меакадемия готовится к своему 95-летию юбилею.

Антонина ГРАЧЁВА,
профессор.

Смоленск.



Сегодня Смоленская медицинская академия – архитектурное украшение города

На литературный конкурс

Евгений ОРЛОВ

Вот так номер!

Отбор претендентов на участие в праздничном концерте был в самом разгаре...

– Так-так... ну, а вы с чем к нам пожаловали? – устало спросил представительного вида ответственный за кастинг мужчина полусредних лет в бабочке, хмуро глядя на вошедшую в кабинет очередную пару.

– С инструментом, – бодро сообщил появившийся мужчина более средних лет.

– С каким? Надеюсь, не с хирургическим? – ехидно поинтересовался ответственный.

– Что вы, что вы! – успокоил его претендент на участие. – Я же, так сказать, а точнее, мы же явились не на трудовой пост.

– Тогда какая-нибудь однострунная гитара? – подозрительно уточнил хозяин кабинета. – Или ещё того хуже – электропила?

– Да нет, что вы! Это – электрическое пианино.

– А вот это не пойдёт! – отрезал хозяин кабинета. – Кому оно нужно? Особенно, в эпоху «фанерных плюсовых и минусовых»?

– Но ведь это будет акробатический этюд...

– Подумаешь!.. Вы ещё скажите – акробатическая симфония.

– Не скажу.

– Вот и правильно!

– Потому что у нас, – указал вошедший на свою до того скромно стоявшую в уголке кабинета и не менее скромно молчавшую спутницу, – у нас это будет совершенно необычный акробатический этюд для фортепьяно с оркестром!

– Да?!.. Как это? – не понял ответственный. – Что это ещё за этюд? Может, этюд Черни? –



блеснул своими познаниями в фортепьянной музыке хозяин кабинета.

– Алябьева... – начал было объяснять соискатель места в праздничном концерте, но тут же был перебит ответственным знатоком музыки, воскликнувшим: – Соловьём что ли разольётся?

– Каким это ещё соловьём? – не понял соискатель.

– Так ведь, наверное, «Соловьём» Алябьева.

– Да нет же, Алябьева – это наша процедурная медсестра, – разъяснил мужчина, показав рукой на свою спутницу, – показывает необычный акробатический этюд – она держит фортепьяно ногами, а руками дирижирует!

– Дирижирует?! Алябьева? – поперхнулся от удивления ответственный за кастинг. – Это чем?!

– Так ведь оркестром.

– Каким ещё оркестром?!

– Ну... – замаялся соискатель. – Невидимым.

– Что?!.. Это почему же?..

– Но ведь на нашей маленькой сцене видимый оркестр, видимо, не поместится, да?

– Не поместится.

– Вот! Значит, оркестр-то и будет «фанерный», то есть это будет «минусовка» – диск с записью.

К НАШИМ ЧИТАТЕЛЯМ. Уважаемые читатели «Медицинской газеты»! Хотим вам напомнить, что по-прежнему ждём от вас материалы для публикаций. И не только о ваших достижениях, проблемах на работе, в коллективах, но и литературные, документальные рассказы, стихи, воспоминания, смешные и грустные истории, которые мы с удовольствием будем публиковать на 16-й странице. Ведь, согласитесь, из таких фрагментов состоит наша жизнь, и хорошо бы её, жизни «страницы», отражать на страницах своей профессиональной «Медицинской газеты».

Итак, наши адреса, телефоны – в конце номера. Как говорится, до новых встреч!

Редакция «МГ».

С К А Н В О Р Д

Австрийский терпевт	Англ. фило- соф	Запутан- ный случай	Цети- ринин	Устар. единица яркости	Фигу- ристы ... и Ва- ильев	Чири- мола	Этакри- новая кислота	Остров, Венеция	Вот где ... зарыта!	
4-уголь- ник	Жираф			Оксибу- прокаин	Впади- на, Джибу- ти		Сов. архи- тектор			
		Однако		Проти- войдей- ствие	Велья- минов, фильм	Франц. историк	Сталь- ная заго- товка	Корабль (архит.)	С головой до ...	Рыжий хищник
... Рауль Капа- банка	"42 стуль- ев", перс.		Узкий шкаф		Город Великий ...	Пред- дверие		Живот- ное, Африка		
		Пло- щадка, спуск судов		Клин, удер- жание	"Трои- ца"		Садовое расте- ние			
	Беспо- рядок	Отклик	Выдает кредит	Пенсне	вообра- жения	Мудрый Торги- льсон	Звон, колокол	Школа япон. живо- писи		
			"Город на ...", Арбузов		Сарай с печью (стар.)	Буква кирил- лицы				
	Ночная бабочка	Мягкий сверток		Шуба ..., да в подоле дыра	Буль- чев	Пере- летная птица				
Автор Валерий Шаршуков			Инсти- тут		Воспал. небных минда- лин					

Д А Р Ь Я Ф П А М А Я К
У Е Р С Т А Л Ь К С А Р Е Л Т О Н М С
Д О Б Р Е И К Е Ы И Е Л О Г И К А О
К И Н Е Ф Р О Л Е П И С Г Л А О Г И Д О Л
Ш А Р Ф М О Т Е Ь К И А О Л Е Н И Н А
А О С Т Е К К Е Д Г А З Н А К С О Р
Р А М П А Л И Р У У Р А К А
П У Б А Я Н Ч Е Ш У Е Н О Г
Л Е О О П А Р А К А В А

Ответы на сканворд,
опубликованный
в № 17 от 11.03.2015.