19 имня 2015 г. Пятица № 44 [7566] Профессиональное врачебное издинения в 1893 году. Выходит по средам и пятинения распространяется в России и других странах мужи. mazt.

Nº 44 (7566)

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВРАЧЕБНОЕ ИЗДАНИЕ

Основано в 1893 году. Выходит по средам и пятницам Распространяется в России и других странах СНГ

www.mgzt.ru

С Днём медицинского работника!

Олимпийский «вирус» набирает силу

Травматологи-ортопеды показали в Смоленске высший класс



С международным размахом прошла в Смоленске, в Федеральном центре травматологии, ортопедии и эндопротезирования олимпиада среди ординаторов по специальности «травматология и ортопедия».

Нынче география соревнований расширилась за счёт не только молодых специалистов из Новосибирска, Саратова, Нижнего Новгорода, Санкт-Петербурга, но и их коллег из Белоруссии, Казахстана и Узбекистана.

Сначала молодые ортопеды состязались в успешном прохождении Мастер-класс от профессора Вадима Дуброва

теоретического раздела, чтобы проявить себя в тестах на оценку общего уровня профессиональной эрудиции в области хирургии повреждений (индивидуальный зачёт) и решить ситуационную задачу (командный зачёт). Работа в команде продолжилась на зрелищном этапе олимпиады - практическом, гле необходимо было выполнить остеосинтез двух сегментов конечностей на пластиковых моделях диафизарного и внутрисуставного переломов с использованием фиксаторов из предложенного набора. Жюри, которое возглавлял профессор ЦНИИ травматологии и ортопедии им. Н.Н.Приорова Александр Очкуренко, пришлось, используя балльную систему, с щепетильной въедливостью разбираться в плюсах и минусах операций, выполненных врачами на муляжах. Как заметил в беседе с корреспондентом «МГ» эксперт олимпиады профессор МГУ им. М.В.Ломоносова, главный травматолог Департамента здравоохранения Москвы Вадим Дубров, минусов-ошибок не было

(Окончание на стр. 2.)

IIpushahue

Победители определены!

Каково это – ощутить себя лучшим врачом года в стране – уже завтра почувствуют представители различных медицинских специальностей, принявшие участие во всероссийском конкурсе, учреждённом Министерством здравоохранения РФ, Профсоюзом работников здравоохранения РФ и «Медицинской газетой». Центральная конкурсная комиссия, заседание которой состоялось в Минздраве России накануне Дня медицинского работника, подвела итоги профессионального состязания, определила победителей в 30 номинациях, поставив точку в многомесячном, трёхэтапном отборе самых талантливых, самых неравнодушных, самых успешных докторов страны.

– На конкурс было подано 577 работ из 48 субъектов Российской Федерации и 6 федеральных ведомств, - отметил первый заместитель министра здравоохранения РФ Игорь Каграманян. открывая заседание. - Значимость конкурса очень высока. Он важен для каждого врача, каждой медицинской организации. Победа в нём - это признание профессиональных заслуг. Однако, помимо диплома, лауреаты получат и ленежное вознаграждение. Занявшие первое место - 500 тыс. руб., второе - 300 тыс., третье - 200

Имена победителей будут опубликованы в ближайших номерах «Медицинской газеты».

> Валентина ЕВЛАНОВА, корр. «МГ».

Уважаемые коллеги, дорогие друзья!



Традиционно в третье воскресенье июня мы отмечаем наш главный праздник, объединяющий всё медицинское сообщество – День медицинского работника. Этот день давно вышел за рамки сугубо профессионального праздника, давая возможность всем, кто когда-либо обращался за помощью к медикам, поздравить людей в белых халатах. Профессия врача и медицинской сестры особая: во все времена уважали и заслуженно ценили тех, кто делом своей жизни избрал заботу о здоровье

Работа медика требует особых качеств, среди которых верность долгу, сочувствие, невозможность оставаться в стороне от чужой боли. Своим трудом, высоким профессионализмом и

нравственностью российские медики снискали уважение и почет населения. Медики стояли рука об руку с пациентами в самые сложные моменты российской истории. Достаточно вспомнить, что в годы Великой Отечественной войны погибли или пропали без вести более 85 тыс. медиков, 47 медицинским работникам было присвоено высокое звание Героя

Советского Союза.

Сегодня усилиями медиков практического звена и организаторов здравоохранения многое меняется к лучшему. Своего исторического максимума достигла продолжительность жизни россиян, а младенческая и материнская смертность - своего исторического минимума.

Дорогие коллеги! Работа каждого из вас вносит свой важный вклад в обеспечение здоровья нации.

Примите мои самые теплые и искренние поздравления с нашим профессиональным праздником! Желаю вам счастья, крепкого здоровья и добра!

Вероника СКВОРЦОВА, министр здравоохранения РФ.

Профилактика —

Новые знания эндокринологам и населению

В рамках Всемирного дня шитовидной железы в мире и стране прошли мероприятия, посвящённые данной теме. Этот День является важным медикосоциальным проектом, поскольку, по статистике, более 300 млн человек по всему миру испытывают проблемы с щитовидной железой и около 50% из них не знают об этом.

Основными задачами были популяризация идеи «Здоровье населения - основа благосостояния нации», повышение уровня профессиональной квалификации врачей, привлечение внимания населения к проблеме распространённости эндокпинных заболеваний, увеличение количества профилактических обследований щитовидной железы.

- Данный формат полезен и интересен, - отмечает заведующий кафедрой эндокринологии Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, заместитель директора по научной работе Эндокринологического научного центра Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор Валентин Фадеев. - Сегодня мировая эндокринология предлагает новые методики лечения существующих заболеваний, но у врачей из регионов России не всегда есть возможность своевременно получить эту информацию. Общение с ведущими специалистами в режиме онлайн поможет многим из них повысить свой профессиональный уровень, больше узнать о современных способах

Кроме мероприятий для специалистов, в рамках Всемирного дня шитовидной железы состоялись различные информационно-образовательные и профилактические акции для населения.

> Алёна ЖУКОВА, корр. «МГ».

Москва

Hobocmu

Алтайские врачи в Бухаресте

Алтайские хирурги в составе делегации Российского общества эндоскопических хирургов, возглавляемой президентом общества Сергеем Емельяновым, приняли участие в работе XXIII Международного конгресса Европейской ассоциации эндоскопических хирургов.

Форум, проходивший в Бухаресте в стенах парламента, объединил более 2 тыс. профессионалов эндоскопической хирургии всего мира.

Традиционными темами обсуждения стали вопросы панкреатологии, гепатологии, хирургии пищевода и желудка, бариатрии, колоректальной хирургии и онкологии. В 11 залах было представлено около полутора тысяч докладов и лекций. В рамках мероприятия прошли мастер-классы и сателлит-симпозиумы, сопровождающиеся видеотрансляцией в 3D-формате, с демонстрацией последних достижений и новинок медицинской техники для эндохирургических вмешательств.

Елена ОСТАПОВА.

Барнаул.

Нежданная тревога

Больше 160 человек обратились в мае в ЛПУ Брянщины по поводу укусов клещей. По информации Управления Роспотребнадзора по Брянской области, нынешняя атака насекомых на брянцев зафиксирована намного раньше, чем в предыдущие годы.

Особую тревогу специалистов вызывает то, что по поводу укусов опасных насекомых за медицинской помощью обратились около полусотни детей. Уже зарегистрировано 3 случая заболевания людей клещевым боррелиозом, 2 из которых отмечены в Новозыбковском районе. Учитывая опасность сложившейся ситуации, в местах массового отдыха населения и на территориях детских оздоровительных учреждений начали проводить противоклещевые обработки, специалисты усилили разъяснительную работу среди населения.

Василий IIIПАЧКОВ.

Брянская область.

Москвичи подают пример

Время амбулаторного приёма московских докторов составляет от 10 минут и выше. Об этом на днях сообщил глава Департамента здравоохранения Москвы Алексей Хрипун.

«Этого показателя удалось достичь за несколько последних месяцев. Ещё в марте многие специалисты принимали пациентов менее 10 минут. Сегодня такого нет, – отметил А.Хрипун. – Можно спорить по этому поводу: а сколько, собственно, должен принимать тот же самый терапевт – 10, 12, 15, 20 минут? Я, например, когда работал в больнице, много раз ставил диагноз в течение нескольких секунд. А иногда нужно с человеком 40 минут разговаривать, ощупывать, ызучать его документы для того, чтобы понять. Иногда достаточно 5 минут, 10. Нет норматива. В среднем можно говорить, что это 15-20 минут», – подчеркнул он.

Яков ЯНОВСКИЙ.

Москва.

Сезон оздоровления детей

С начала июня в Омске и сельских районах Прииртышья открылось более 20 загородных и свыше 600 городских и сельских муниципальных лагерей, в которых мальчишки и девчонки могут не только с пользой для себя провести время, но и набраться сил, поправить здоровье до наступления нового учебного года.

Продолжают, конечно же, работать в привычном режиме и десятки санаторных детских лагерей круглогодичного действия. Первые группы детей уже отправлены и во всероссийские детские центры «Орлёнок» и «Океан». Мало того, этим летом немало ребятишек Омской области получили путёвки в Международный детский центр «Артек».

По сообщению областной межведомственной комиссии по организации оздоровления, отдыха и трудовой занятости несовершеннолетних, для ребят открылись и палаточные лагеря. И в каждом из них, как, впрочем, в стационарных и пришкольных, обязательно есть медицинский работник. Причём зачастую не медицинская сестра, а фельдшер или даже врач-терапевт. И они в любое время суток могут связаться с медиками центральных районных больниц и областной службой скорой медицинской помощи.

По последним данным, за нынешний летний каникулярный сезон курс оздоровления в Омской области пройдут свыше 115 тыс. детей школьного возраста.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ.

Омск.

Колымские медики с новыми автомобилями

Губернатор Колымы Владимир Печёный вручил главным врачам районных больниц ключи от восьми новых автомобилей медицинской помощи. Машины приобретены по областной целевой программе «Развитие здравоохранения в Магаданской области до 2020 г.»

По целевой программе ежегодно предусмотрено выделение 12 млн руб. на обновление медицинского автопарка региона.

«Областная программа развития здравоохранения нацелена на создание наиболее благоприятных условий эффективной работы оказания скорой медицинской помощи. Особенно это важно для наших учреждений здравоохранения, которые находятся вдоль колымской трассы, для более быстрого и оперативного реагирования на всевозможные чрезвычайные происшествия и ДТП. За несколько лет мы значительно обновили парк скорой помощи в Магадане и округах области», – сказал В.Печёный.

Николай РУДКОВСКИЙ.

Магадан.

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

События -

Олимпийский «вирус» набирает силу

(Окончание. Начало на стр. 1.)

В командном зачёте первыми стали представители Приволжского федерального медицинского исследовательского центра Роман Горбатов и Кирилл Ковалдов, на 2-м месте Магомед Черкасов, Никита Геращенко и Алимурад Алиев из научно-исследовательского института травматологии и ортопедии им. Р.Р.Вредена (Санкт-Петербург), 3-е место разделили Павел Волотовский, Вячеслав Бродко (Республиканский научно-практический центр травматологии и ортопедии. Минск) и Виктор Мельников и Дмитрий Лысов (Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова, Москва). Командыпризёры получили кубки и денежные призы.

Чемпионом олимпиады в личном зачёте стал Кирилл Ковалдов (Нижний Новгород), ему вручён сертификат на стажировку в Риге (Латвия). На 2-м месте – Никита Геращенко (Санкт-Петербург), на 3-м – Роман Горбатов (Нижний Новгород).

Соревнования молодых травматологов-ортопедов в режиме реального времени транслировались по Интернету, поэтому сразу же после награждения победителям посыпались поздравления от болельщиков-наблюдателей со всех уголков России. Самым дальним был привет из Магадана, где живут родители Никиты Геращенко: они



Анатолий Овсянкин, Анатолий Очкуренко и чемпион олимпиады-2015 Кирилл Ковалдов

радовались «серебряной» победе

Инициатор олимпиады – Анатолий Овсянкин, главный врач Смоленского центра травматологии, ортопедии и эндопротезирования, заведующий профильной кафедрой местного медицинского университета, подводя итоги состязаний, прошедших при активной поддержке Ассоциации травматологов-ортопедов России, подчеркнул, что в оргкомитет уже поступили заявки из многих

вузов и ортопедических центров страны для участия в олимпиаде следующего года, так что на соревнованиях-2016, где намечено учредить именные призы в честь знаменитых отечественных травматологов, напряжённость борьбы за первенство будет ещё выше. Так что олимпийско-ортопедический «вирус» набирает силу.

Владимир КОРОЛЁВ, соб. корр. «МГ».

Смоленск.

AKIIIII

С именем святого Луки



В самый торжественный момент – митрополит Феодосий, Николай Лезин, Марина Македонская, Татьяна Вяльцева

Вот уже 20 лет в тамбовской городской клинической больнице им. архиепископа Луки проводится вручение премий, носящих имя всемирно известного врача Валентина Войно-Ясенецкого, который в своё время трудился на Тамбовщине.

Было это в далёкие уже военные годы, но столь большой след оставил здесь великий святой и врачеватель для паствы и раненых красноармейцев, что память о нём до сих пор хранится в сердцах и умах людей.

Подтверждением этому служит всенародное признание труда лучших медицинских работников лечебного учреждения, носящего имя душевного и телесного цели-

теля, при жизни признанного лучшим хирургом своего времени. За рубежом он был широко известен благодаря своему труду «Очерки гнойной хирургии», который не утерял своей актуальности и в наше время...

В конференц-зале больницы в день памяти святителя Луки собрались работники больницы, представители духовенства, гости. Главный врач Марина Македонская, митрополит Тамбовский и Рассказовский Феодосий, заместитель начальника Управления здравоохранения Тамбовской области Татьяна Вяльцева поделились своими размышлениями о святом Луке.

В нынешнем году по традиции премии имени Архиепископа Луки удостоены три медработника:

колопроктолог Николай Лезин, медсестра Татьяна Гнездовская и сестра-хозяйка Нина Платухина. Все они получили награду из рук митрополита Феодосия.

Поблагодарив за высокое признание, доктор Лезин рассказал о своём пути в профессию, полувековом служении людям. Николай Тихонович привёл несколько цифр из своей врачебной деятельности. Статистика просто поражает: за время работы в лечебных учреждениях он принял 160 тыс. больных (треть жителей областного центра!), провёл 24 тыс. обследований аппаратом РРС, 11 тыс. операций. О заслугах доктора на медицинской ниве красноречиво свидетельствуют многочисленные благодарности, почётные грамоты, начиная с администрации медицинского учреждения и кончая министерством.

Верой-правдой служат делу и пациентам ещё два медработника, удостоенных премии Архиеписко-па Луки. Общий трудовой стаж Татьяны Алексеевны и Нины Владимировны составляет более 70 лет. В их активе также множество благодарностей от руководства и посетителей больницы, которые всякий раз говорят сердечное спасибо этим работникам в белых халатах.

...После окончания церемонии награждения участники торжественного собрания возложили цветы к памятнику архиепископа Луки, расположенному на территории больницы.

Валерий ЧИСТЯКОВ, внешт. корр. «МГ».

Тамбов.

Фото автора.

С праздником!

Дорогие друзья!

Примите самые искренние и сердечные поздравления с Днём медицинского работника.

Для нас 2015 г. знаменателен тем, что в этом году состоялся VI съезд Профсоюза работников здравоохранения РФ, где были подведены итоги деятельности за 5-летний период и определены задачи на перспективу. Важно, что наш профессиональный праздник совпадает с празднованием юбилейных дат – 25-летия со дня образования общероссийской профсоюзной организации медиков и 110-летия отраслевого профсоюзного движения.

За прошедшие годы наш профсоюз внёс достойный вклад в укрепление профсоюзного движения, борьбу трудящихся за свои права, развитие творческой инициативы, активности членов профсоюза в деле защиты социально-экономических и трудовых прав работников здравоохранения.

Сегодня в условиях реформирования медицинской отрасли возникает много нерешённых проблем, которые профсоюз и его организации решают сообща, добиваясь реальных результатов.

Медицинский работник – профессия особая и уважаемая, поэтому можно сказать, что в обществе он занимает одно из важных мест. Никто в жизни не приносит людям столько добра и милосердия, сколько дают врачи, медсёстры и младший медицинский персонал. Их каждодневный труд требует от каждого из них большой самоотверженности в работе, душевной самоотдачи, сердечности и терпения. Благодаря преданности своему профессиональному долгу медикам удаётся многое осуществить. Они исцеляют и спасают больных и лучше других знают, что ничего нет ценнее человеческой жизни. Лучше других знают эту цену и лучше других знают, сколько труда и мужества для этого требуется.

В этот праздничный для вас день, дорогие коллеги, примите слова самой глубокой благодарности и признательности за ваш труд, профессионализм и верность одной из самых благородных профессий на земле. Пусть оптимизм, надежда и удача никогда не покидают вас. От всей души желаю крепкого здоровья, большого личного счастья, благополучия вам и вашим семьям.

Михаил КУЗЬМЕНКО, председатель Общероссийского профсоюза работников здравоохранения, доктор медицинских наук, заслуженный врач РФ.

Уважаемые коллеги!

Нам с вами выпали огромное счастье и огромная ответственность – связать свою жизнь с самой нужной, самой уважаемой в мире профессией – профессией медицинского работника. Сделав однажды важный выбор, мы живём в особом мире – мире, где избавляют от болезней, возвращают к жизни, облегчают страдания.

Я поздравляю вас с профессиональным праздником и принадлежностью к нашему славному братству. От всей души желаю неиссякаемой энергии добра, оптимизма, мирного неба над головой, счастья и терпения вашим семьям, знающим, сколь нелёгок ваш труд. Успехов вам в любом начинании на благо человека!

Пётр ГЛЫБОЧКО,

ректор Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, член-корреспондент РАН.

Дорогие медицинские работники!

От лица территориального фонда обязательного медицинского страхования Московской области поздравляю вас с профессиональным праздником!

Труд людей в белых халатах требует огромной самоотдачи, ведь чтобы не просто лечить, а помогать людям, необходимы не только глубокие знания, но и такие душевные качества, как доброта, сострадание, терпение. Только тандем компетентности и искреннего желания помочь пациенту позволяет вам выполнять свою работу на высоком уровне.

И неудивительно, что День медицинского работника – воистину общенациональный праздник. Пожалуй, у каждого из нас в кругу близких либо знакомых есть представитель этой прекрасной профессии или же врач, медсестра, которым мы, пользуясь случаем, ещё раз скажем спасибо за заботу и участие.

От всей души желаю всему медицинскому сообществу благополучия, хорошего настроения и оптимизма, так необходимого в вашей деятельности. Счастья, здоровья вам!

Галина АНТОНОВА, директор территориального фонда ОМС

Накануне

Через четыре года — новоселье

В следующем году в Красноярской краевой клинической больнице начнутся «большие маневры»: строительство нового корпуса и полномасштабная реконструкция действующих зданий.

На ближайшие 4 года беспокойная жизнь лечебному учреждению обеспечена, однако и руководство Красноярской ККБ, и персонал не то что не боятся, а даже с нетерпением ждут начала строительных работ. Крупнейшая клиника региона, перешагнувшая 70-летие, давно переросла свои старые стены.

На днях губернатор Красноярского края Виктор Толоконский провёл в краевой больнице выездное совещание со строителями по предстоящей реконструкции этого социально значимого объекта. Он осмотрел больничные здания, изучил первоначальный проект строительно-ремонтных работ и выслушал пожелания медиков, главное из которых – новые площади для хирургической и реанимационной службы.

Согласно замыслу, на территории больницы должен появиться новый корпус, в котором «пропишутся» хирургические отделения, реанимация и диагностические подразделения. А в нынешнем 9-этажном корпусе расположатся отделения терапевтической службы.

Как подчёркивает руководство ККБ, нынешний оперблок был спроектирован 40 лет назад и давно устарел как морально, так и физически. При всём желании нет возможности установить здесь систему контроля микроклимата

и современную вентиляцию для обеспечения абсолютной инфекционной безопасности медперсонала и пациентов. Кроме того, в каждом из операционных залов стоят по два операционных стола, поэтому комфортными условия работы хирургов назвать нельзя. При этом оборудование в операционных современное, хирургическая активность клиники высокая – до 20 тыс. операций в год, в том числе по 16 высокотехнологичным профилям.

Ещё одно «больное» место больницы – здание, в котором расположен лёгочно-аллергологический центр. Оно в аварийном состоянии, тянуть с переездом нельзя.

Губернатор Виктор Толоконский прислушался к мнению медиков, но высказал пожелания и руководству больницы, и проектировщикам: «Мне представили масштабный проект реконструкции, чтобы выполнить его полностью, понадобится много времени. Однако несколько корпусов больницы требуют срочного внимания уже сейчас. Поэтому из всего проекта нам нужно выделить первоочередные задачи и как можно скорее начать работу по их реализации».

Главный врач Красноярской ККБ Егор Корчагин так прокомментировал итоги совещания: «Нам предложили ещё раз пересмотреть предложенный проектировщиками проект с тем, чтобы, максимально эффективно используя бюджетные средства, можно было достичь максимально возможного результата».

Елена БУШ, соб. корр. «МГ».

Красноярск.

Решения

Запрет некурительного табака

Как сообщил пресс-секретарь Минздрава России Олег Салагай, Минздрав России внёс в Евразийскую экономическую комиссию проект соглашения о полном запрете некурительного табака в ЕАЭС.

Проект соглашения о запрете ввоза, производства и обращения некурительных табачных изделий согласован министерствами здравоохранения республик Армения.

Беларусь, Казахстан и Российской Федерации.

Причиной запрета послужили данные о вреде некурительного табака для здоровья человека.

По данным Международного агентства по исследованию рака, некурительный (бездымный) табак содержит около 30 канцерогенных веществ. Научные исследования показывают, что употребление некурительного табака может вызвать рак полости рта, пищевода

и поджелудочной железы. Важно также отметить, что от потребления некурительного табака возникает и поддерживается никотиновая зависимость.

Некурительные формы табака были запрещены в странах ЕС в 2001 г. директивой 2001/37/ЕС. Этот запрет сохранён в обновлённой директиве, принятой в ЕС.

Павел АЛЕКСЕЕВ. МИА Cito!

Москва.

. . .

Акушеры называют такие роды уникальными

В перинатальном центре ОДКБ № 1 Свердловской области на свет появился малыш, родители которого — люди с ограниченными физическими возможностями, инвалиды-колясочники.

Семья Юлии и Константина опровергла многие стереотипы – они стали счастливыми родителями, малыша и маму уже выписали из центра.

Такой случай медики считают уникальным – физиологически неполноценная женщина выносила и родила здорового ребёнка.

Молодая семья ведёт активный образ жизни. Мама малыша рассказала, что начала наблюдаться в центре с 6-недельного срока; беременность проходила легко, дополнительных сложностей она не испытывала.

Ребёнок появился на свет в положенный срок, в результате планового кесарева сечения.

 Главное – не сдаваться и не замыкаться в себе. У нас появилось маленькое чудо, и это большое счастье. Мы благодарны врачам за заботу и помощь, – говорит Юлия. – Безусловно, это уникальные пациенты, и они должны были находиться здесь, в нашем центре, чтобы наши специалисты могли им помочь в любую минуту. Организация работы перинатального центра даёт возможность сделать это спокойно и планово, – прокомментировал заместитель главного врача по акушерству и гинекологии ОДКБ № 1 Андрей Жилин.

Елена ЛЬВОВА.

Екатеринбург.

Y 2 p 0 3 a

В опасном контакте



Ежегодно более 2 млн врачей заражаются инфекционными заболеваниями при проведении медицинских манипуляций.

Согласно официальным данным, в России распространение гепатитов В и С среди медиков в 3 раза выше, чем в среднем по стране. Стоимость годового лечения гепатита В составляет более 50 тыс. руб., а гепатита С – примерно в 2 раза больше.

«Реальное количество ранений иглой превышает 2 млн в год, однако точное количество случайных уколов определить сложно: часто медики не докладывают о них руководству. В группу максимального риска входят медсёстры, причём более 47% случаев заражения происходит

в процедурном кабинете», - отмечают социологи.

Как известно, открытый способ забора крови до сих пор используется в 65% случаев, при утилизации шприцев и игл в 95% случаев применяется ручная разборка, создающая наибольший риск случайного укола и последующего заражения гемоконтактной инфекцией. В то же время современные безопасные «закрытые» системы уже давно широко используются в мире, в том числе в Российской Федерации.

Однако в отличие от нас врачи США и стран Европейского союза в обязательном порядке проходят иммунизацию против гепатита В, а также постконтакную профилактику заражения ВИЧ.

Алина КРАУЗЕ. МИА Cito! № 44 · 19. 6. 2015

Провести внеплановую проверку всех российских аэропортов на предмет соблюдения порядка оказания медицинской помощи и наличия в медпунктах обязательного для них оборудования требует от Росздравнадзора Обще-

Помощь пришла через 40 минут

ственная палата РФ.

Настаивая на проведении внеплановой проверки, общественники просят также пояснить, на каком основании международный аэропорт Шереметьево, находящийся на территории Московской области, обслуживается станцией скорой помощи столицы. Обращение палаты связано с трагическим случаем, произошедшим недавно в этом аэропорту, когда от сердечного приступа здесь умер 24-летний Артём Чечиков.

Мужчина возвращался с супругой из Барселоны, когда почувствовал себя плохо ещё в самолёте. По словам его жены, он скончался потому, что вовремя не была оказана медицинская помощь после посадки самолёта

Как сообщил заместитель мэра Москвы по социальным вопросам Леонид Печатников. помощь пришла в тот день по вызову только через 40 минут. «Во-первых, машина была вызвана с московской станции скорой помощи, а не с подмосковной, которая находится гораздо ближе к аэропорту, сказал вице-мэр. - Во-вторых, обыкновенно, если кому-то на борту самолёта становится плохо, то аэропорт, не дожидаясь посадки самолёта, вызывает бригаду скорой помощи, и в этом случае «скорая» ждёт самолёт буквально на взлётной полосе. В ситуации с Артёмом Чечиковым всё случилось иначе: скорая помощь не была вызвана, когда самолёт был ещё в воздухе, её вызвали спустя некоторое время после прилёта».

По словам Л.Печатникова, после того, как в московскую «СКОРУЮ» ПОСТУПИЛ СИГНАЛ, В Шереметьево была отправлена Cumyaция

Далеко ли улетишь?

Как в российских аэропортах соблюдается порядок оказания медицинской помощи

машина с ближайшей станции скорой помощи № 24 (Южное Тушино), у которой был свободный реанимобиль. «Расстояние от этой станции до аэропорта -22 км, - отметил заместитель мэра. - Машина приехала в Шереметьево через 25 минут, но нужно было решить уже в самом аэровокзале некоторые формальности, чтобы «скорую» выпустили на лётное поле, и на это также ушло время. От сигнала вызова до момента, когда врачи подошли к Артёму Чечикову, прошло, к сожалению, 40 минут. Тем не менее московская служба скорой помощи сделала всё, что смогла, и упрекнуть её не в чем».

Заместитель мэра отметил, что аэропорт сразу обратился на телефон ответственного дежурного столичного отделения скорой помощи.

Есть ли необходимое оборудование?

В письме Росздравнадзору Общественная палата РФ просит проверить «законность договора об оказании скорой медицинской помощи» на территории аэропорта Шереметьево с московской Станцией скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С.Пучкова. По словам члена Комиссии Общественной палаты по охране здоровья Эдуарда Гаврилова, деятельность «скорой» регулируется приказом Минздрава России № 388н от 20.05.2013. Согласно ему, бригады «03» создаются, в том числе, с учётом «необходимости



Здесь «скорая» уже ждёт...

обеспечения круглосуточной посменной работы», «численности населения», «среднего радиуса территории обслуживания», «средней нагрузки» на одну бригаду в сутки.

Общественная палата просит Росздравнадзор проверить, соблюдают ли российские аэропорты порядок медпомощи, а именно выяснить, есть ли в наличии в медпунктах аэровокзалов «необходимое медоборудование, утверждённое нормативными актами Минтранса и Минздрава России». В минимальный перечень такого оборудования входит около 100 наименований, в том числе дефибриллятор с автономным питанием, кровоостанавливающие зажимы, алкометр, аптечка «АнтиСПИД», шприцы (в том числе и инсулиновые), трахеотомический набор, портативный аппарат ЭКГ, а также противочумный костюм.

«По нашим данным, на борту самолёта, на котором летел Артём Чечиков, не было дефибриллятора, необходимого в случае сердечного приступа, сказал Э.Гаврилов. - А когда к самолёту подошли фельдшеры, у них также не было с собой реанимационного устройства. Поэтому проверки необходимы. Желательно также расширить список необходимых медицинских средств в аэропортах, дополнив его носилками различных конфигураций».

Э.Гаврилов подчеркнул также, что «модернизации требует не только перечень медоборудования для аэропортов, но также и организация оказания скорой помощи на территориях транспортных объектов».

Члены экипажа – в список

«Необходимо также обучение работников аэропортов оказанию первой помощи, потому что они по долгу службы могут оказаться в ситуации, когда когото нужно спасти, а врачей рядом нет. - считает Э.Гаврилов. - По закону оказывать первую помощь должны уметь военнослужащие, сотрудники полиции, спасатели, водители автотранспорта, но мне кажется, что в этот список нужно включить и членов экипажей воздушных судов, железнодорожного транспорта, чтобы при случае они смогли оказать элементарную медпомощь до приезда «скорой».

В логике общественнику не откажешь. Но дело в том, что комиссия Росздравнадзора уже проверила ранее работу медпункта медико-санитарной части аэропорта Шереметьево и не выявила нарушений. По данным комиссии, оснащение медицинского пункта полностью соответствует требованиям Минтранса.

«Приборы работоспособны», сделали вывод проверяющие. «Нарушений нормативно-правовых актов, регламентирующих оказание медицинской помощи, не выявлено», - констатирует итоговый документ комиссии.

В то же время глава Минздрава России Вероника Скворцова сообщила, что в ходе проверки в 7 регионах страны выявлено около полутора тысяч нарушений при оказании медицинской помощи, а штрафы превысили 7 млн руб.

> Иван ВЕТЛУГИН. **МИА Cito!**

Пресс-конференции

Сделать первый шаг...

Ожирение уже становится национальной проблемой

но недавнему опросу ВЦИОМ, примерно 2,6 млн человек. 45% россиян не считают излишний вес помехой своему здоровью, ожирение представляет собой серьёзную проблему, которую Всемирная организация здравоохранения обозначила как эпидемию XXI века.

Достаточно сказать, что с 1980 по 2008 г. в таких странах, как США и Великобритания, количество тучных людей увеличилось вдвое. Не слишком отстаёт от «лидеров ожирения» и Россия сейчас она на четвёртом месте в этом безрадостном рейтинге.

По данным ВОЗ, в 2014 г. более 1,9 млрд взрослых людей в возрасте 18 лет и старше имели избыточный вес. Из этого числа свыше 600 млн человек страдают от ожирения. Ежегодно от болезней, связанных с излишним

Такие данные прозвучали на встрече журналистов с экспертами в данном вопросе - директором Института диабета Эндокринологического научного центра Минздрава России членом-корреспондентом РАН Мариной Шестаковой и профессором Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова доктором медицинских наук Мариной Журавлёвой.

Они отметили: столь интенсивный рост числа больных связан с образом жизни, демографическими, социально-культурными (в том числе и семейными обычаями поведения и питания), биологическими причинами.

Социальная значимость ожирения обусловливается угрозой инвалидизации пациентов молодого возраста и снижением продолжительности жизни в связи

Несмотря на то, что, соглас- весом или ожирением, умирает с частым развитием тяжёлых нила М.Журавлёва. – Ежегодно сопутствующих заболеваний. прямые затраты государства на Избыточным весом и ожирением обусловлено 44% случаев заболевания диабетом, 23% случаев ишемической болезни сердца и 7-41% случаев некоторых раковых заболеваний.

- Нужно помнить, что избыточный вес и ожирение являются ключевыми факторами риска возникновения сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний, сахарного диабета и ишемической болезни серлца, опухолей молочной железы и предстательной железы, а также бесплодия, - отметила М. Шестакова. - К сожалению, этот список можно продолжать. Всё чаще лишний вес у россиян переходит в хроническое ожирение, которое необходимо уже лечить медикаментозно.

- Уровень экономического и социального ущерба возрастает с каждым годом, - уточ-

лечение острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) составляют около 71 млрд руб., острого инфаркта миокарда (ОИМ) - около 36 млрд, сахарного диабета 2-го типа – около 407 млрд. При наличии ожирения вклад данной патологии в общие затраты государства на лечение и ведение пациентов с ОНМК приблизительно составляет 10,7 млрд руб., с ОИМ - 12,5 млрд, с СД 2-го типа – 346.3 млрд.

Каждый третий человек трудоспособного возраста в России имеет ожирение. От него страдает 15% мужчин (и ещё 54% - от лишнего веса) и 28,5% женщин (лишний вес наблюдается у 59%). По словам М.Журавлёвой, популяционный риск развития различных заболеваний при наличии ожирения очень высок и зависит от пола и возраста. Так. у мужчин в возрасте 55-64 лет

риск сердечно-сосудистых заболеваний составляет 33,9%, у женщин 35-44 лет - 50%; риск развития сахарного диабета 2-го типа у мужчин в возрасте 45-55 лет - 17,4%, у женщин 35-44 лет – 33,4%.

А ежегодные затраты на управление факторами риска развития ОНМК при наличии ожирения составляет 15%. К тому же по меньшей мере у 2 млн женщин в России бесплодие обусловлено лишним весом или ожирением.

Эксперты подчеркнули: это не только медицинская, а, скорее, медико-социальная проблема. Однако решение её должно проводиться под эгидой медиков.

- Молодёжь стремится к здоровому образу жизни, - подчеркнула М.Шестакова. - Но далеко не всегда эти действия оказываются разумными и эффективными, поскольку СМИ предлагают самые разные советы по похудению, которые чаще всего оказываются далёкими от научного подхода.

Правильное пищевое поведение можно выработать за 9 месяцев, - добавила М.Журавлёва. -Но путешествие в тысячу миль начинается с первого шага.

> Алёна ЖУКОВА, корр. «МГ».

Москва.

- Владимир Трофимович,

за последние несколько лет в

нашей стране возросла смерт-

ность от заболеваний ЖКТ.

В частности, от болезней пе-

чени и желудочно-кишечных

кровотечений. Чем обусловли-

стране постепенно снижается

заболеваемость язвенной болез-

нью двенадцатиперстной кишки

и желудка. Это соответствует

общей картине всех экономически

развитых стран. Причины этой

позитивной тенденции лежат на

поверхности: улучшение качества

жизни, доступность лекарствен-

ных средств и, самое главное,

понимание врачами природы этих

заболеваний и, как следствие,

Что касается кровотечений, то

правильное лечение.

- Начну с хорошего: в нашей

вается эта тенденция?

Одно из правил Салернской школы здоровья гласит: «Если ты хочешь здоровье вернуть и не ведать болезней, тягость забот отгони и считай недостойным сердиться. Скромно обедай, о винах забудь, не сочти бесполезным бодрствовать после еды, полуденного сна избегая. Если врачей не хватает, пусть будут врачами твоими трое: весёлый характер, душевный покой и умеренность в пище». С этим не поспоришь. В бешенном жизненном ритме мы забываем о том, что здоровый образ жизни – наиважнейшая составляющая предотвращения всевозможных заболеваний. О вопросах диагностики, лечения и профилактики болезней органов желудочнокишечного тракта, а также наиболее актуальных проблемах медицинского образования в нашей стране «МГ» рассказал заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, главный гастроэнтеролог Минздрава России, академик РАН Владимир ИВАШКИН.

процесс метастазирования. Цель такого лечения – продление жизни в среднем на год-полтора. Онкологам выделяются огромные деньги, которые необходимо «передвинуть» в поддержку гастроэнтерологии для того, чтобы мы имели средства для выявления и лечения рака на ранних стадиях, когда от него ещё можно спастись. За счёт профилактики на уровне гастроэнтерологии мы можем снизить первичную заболеваемость онкологическими заболеваниями в среднем на 20%.

чей, за что были удостоены премии Правительства РФ в области образования...

– Образование должно быть удобным и доступным, а также высокопрофессиональным. Да, у нас проводятся международные и национальные конгрессы на очень хорошем уровне. По охвату тем и качеству представления докладов мы не уступаем Западу. Но у нас огромная страна. Собрать всех – нереально в силу ряда причин. Мы решили сделать доступным и бесплатным образование для врачей

ходит очень изолированно от практики. Происходит зазубривание, а не осмысление. Научить применять свои теоретические знания – задача преподавателейклиницистов. Не надо ссылаться на то, что твои коллеги не научили. В то же время я уверен, что причина неудовлетворительных знаний студентов – недостаточная самостоятельная работа. Нельзя всё сваливать на педагогов. Это - инфантилизм. Наше общество нужно приучить к самостоятельности принятия решений и выработки жизненной линии. В профессию врача все врастают по-разному. Я знаю много способных студентов, из которых не получилось врачей.

– Почему?

Школа, вуз – искусственная среда, изолированная от жизни. Студент хорошо учится, к нему все расположены: преподаватели хвалят, товарищи просят совета, родители гордятся... Но затем человек сталкивается с жизнью: сплетни, интриги, критика, проблемы в семье... Всё это в совокупности наваливается на молодого человека, выходящего из искусственной среды. Начинается столкновение его внутренних принципов с тем, что ему преподносит жизнь. Кто-то находит пути и решения, кто-то нет и обвиняет в этом других... Не все с этим справляются.

Должен ли узкий специалист быть общетерапевтически подготовлен?

– Безусловно. Я бываю на многих конгрессах, где меня узнают и недоумевают: а что же я, гастроэнтеролог, делаю, скажем, на кардиологическом или пульмонологическом мероприятии. Эти вопросы не безобидны. Они демонстрируют непонимание людьми освоения всей совокупности внутренней медицины. Врач, уходящий в специализацию, должен иметь за плечами общеклиническую подготовку. Мы это утрачиваем. Зарывание в узкие области - нелепость. Настоящих клиницистов остались единицы. Мы должны их беречь.

В этой связи не могу не спросить о вашем отношении к отмене интернатуры со следующего года...

– Прежде чем приступить к самостоятельной деятельности, нужно побыть пару лет под присмотром более опытных коллег, выработать у себя принципы поведения врача, внутреннюю дисциплину, отточить клиническое мышление. Моё отношение к этой реформе – резко отрицательное, несмотря на приводимые доводы. Думаю, нам это аукнется в форме неверных диагнозов и неправильного лечения.

Как вы относитесь к распределению студентов, обучавшихся за счёт средств федерального бюджета?

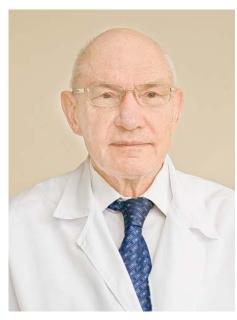
В жизни каждого государства имеются определённые периоды, когда оно вынуждено вмешиваться в социальную жизнь общества У нас сейчас остро стоит вопрос о сохранении народонаселения и увеличении продолжительности жизни. Огромная роль в этом отводится государству. Думаю, для выполнения этой функции государства «поворот» в сторону распределения обоснован. Демократия - демократией, свобода – свободой, но всё-таки доктора должны поддержать государственные усилия. Врача определяют не только знания, но и сознание, которое включает в себя не только сочувствие к пациенту, но и сопереживание трудных моментов в жизни государства. Отработают 2-3 года по распределению и вернутся к своей мечте. На мой взгляд, это не проблема, а вполне приемлемая модель взаимодействия врача и

Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ, обозреватель «МГ».

Беседы с главными специалистами

С клиническим подходом к делу

Во избежание алкоголизации населения и во имя удобного и доступного образования



вследствие экономического развития государства увеличивается продолжительность жизни населения. Оно стареет. В этой связи наших сограждан с различными заболеваниями суставно-связочного аппарата и ишемической болезнью сердца становится всё больше. В обоих случаях широко назначаются нестероидные противовоспалительные препараты, побочным эффектом применения которых и являются желудочнокишечные кровотечения. Это не только наша особенность. Такое наблюдается во всём мире. Совместными усилиями российских обществ гастроэнтерологов и ревматологов сейчас разработаны клинические рекомендации, направленные на профилактику желудочно-кишечных кровотечений.

Если говорить о заболеваниях печени, то основной причиной здесь является алкоголь. Внушительная доля умерших приходится на цирроз печени. Преимущественно алкогольного генеза. Причина этому – раннее пьянство детей и подростков. Наше население начинает алкоголизироваться с подросткового возраста. Для того чтобы заработать цирроз печени, достаточно 15 лет регулярного чрезмерного употребления алкоголя. Как следствие - у нас сплошь и рядом 30-летние люди с этим заболеванием. Они редко обращаются за помощью, так как ещё несколько лет этот цирроз компенсирован и маломанифестен. Однако затем наступает декомпенсация. 40-летние пациенты с декомпенсацией цирроза печени - явление весьма распространённое в нашей стране, как среди мужчин, так и среди женщин. Проявляется это кровотечениями из варикозно расширенных вен пищевода, тяжёлой энцефалопатией, гепаторенальным синдром и т.д.

Мы делаём всё, что в наших силах, - проводим конгрессы, школы здорового образа жизни... И тем не менее сдаём позиции: время торговли алкогольной продукцией увеличивается, спиртное продаётся лицам, не достигшим совершеннолетия. Если в Москве всё ещё более или менее, то в регионах картина, мягко говоря, удручает. Да и рост цен на алкоголь - не слишком стремительный. Так что здесь со стороны властей больше разговоров, нежели дел. В правительстве почему-то убеждены, что налоги покрывают все потери, однако всё с точностью до наоборот: на 1 приобретённый рубль от продажи алкоголя государство теряет 7 руб. Невыход на работу, утраченная трудоспособность и пр. Такие данные мы получили в ходе конференции, которую не так давно проводили вместе со Всемирным банком развития, рекомендовавшим России ряд мер по предотвращению алкоголизации населения.

Отношение врачей к алкоголикам - тема отдельная. Доктора их считают «пациентами второго сорта». Не у всех наших коллег есть убеждённость в том, что таких больных нужно лечить надлежащим образом: в отделениях интенсивной терапии с целью компенсации заболевания. Только потом ими должны заниматься терапевты, гастроэнтерологи, психиатры и наркологи. Единую систему взаимодействия этих специалистов должен выстроить Минздрав, однако её у нас нет. Поэтому алкоголизация населения продолжается, и, к сожалению, конца этому не видно.

- В структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями суммарно лидируют органы ЖКТ. В чём здесь причины?

- Это сложный вопрос. Некоторые раки абсолютно профилактируемы: рак пищевода, желудка, печени, колоректальный рак. Первичная профилактика хорошо разработана. Однако статистика смертности от новообразований падает на онкологов, которые лечат больных уже на III-IV стадии рака, когда вовсю разгорелся

- Наши гастроэнтерологи в отличие от своих западных коллег не владеют эндоскопией. Сказывается ли это на общей картине заболеваемости и смертности от болезней жкт?

Да, отечественная программа подготовки не включает в себя овладение эндоскопическими технологиями. Если посмотреть на оснащённость гастроэнтерологических центров, отделений и кабинетов в Европе, США и Японии, то Россия здесь выглядит не самым лучшим образом. Также у нас существует недооценка первичного эндоскопического осмотра на поликлиническом уровне, в то время как хорошо известно, что рак желудка

известно, что рак желудка стремительно растёт после 40 лет, а колоректальный рак – после 50. Мы предложили правительству ежегодно увеличивать число первичных эндоскопий на 10%: после 40 лет – гастроскопию, а после 50 – колоноскопию. У нас это совершенно не отработано. Дело в недостаточном развитии диагностической эндоскопии в целом по стране. Мы не скоро перейдём на западную модель, где каждый гастроэнтеролог владеет эндоскопией.

Сплошь и рядом в нашей стране выставляется диагноз «дисбактериоз», в то время как за рубежом его нет...

– Российская гастроэнтерологическая ассоциация со дня своего основания с этим борется. Мы проводим дважды в год специальные школы. И сдвиги есть. Но приходит очередное поколение необученных врачей, и вновь в наших научных статьях и историях болезни появляется этот диагноз.

Сейчас у нас в стране существует эмбарго на ввоз ряда зарубежных продуктов питания. Не скажется ли это на качестве питания населения?

– Я везде бываю: и на рынках, и в магазинах разного социального уровня. Ассортимент более чем достаточен. Задача в другом: уменьшить калораж, сместить потребление белка из области мясных продуктов в сторону рыбных, а также увеличить потребление овощей и фруктов. У нас для этого всё есть.

 Вы являетесь автором Всероссийской образовательной интернет-программы для враво всех регионах. Ведущими специалистами в интерактивном режиме для медицинской аудитории читаются лекции по той или иной области медицины. Они же отвечают на вопросы наших зрителей после программы. Нас смотрят во всех регионах, а также в странах СНГ. Для участия в этих мероприятиях достаточно компьютера с выходом в Интернет. Ещё не до конца ясно, каким образом можно оценить эффективность этого проекта. Отзывы - вещь весьма субъективная, хотя, судя по ним, мы действительно помогаем нашим коллегам в освоении многих клинических аспектов.

– Более 20 лет вы руководите пропедевтической кафедрой, где у студентов должно формироваться клиническое мышление. Что, по-вашему, необходимо для эффективного его формирования?

- Самое главное - работа у постели больного, обсуждение преподавателя со студентами пациента после осмотра с обязательным заключительным диагнозом, формулировка которого должна базироваться на принципе «экономии гипотез»: всё - от всех без исключения симптомов к диагнозу, который их и объясняет.

Как это осуществить в условиях нынешнего положения клинических кафедр?

- На 99% это зависит от заведующего кафедрой. Он должен проявлять себя как опытный и заинтересованный диагност. Больнице нужны не рассуждения, а диагноз. Если кафедральные сотрудники помогают городским врачам в обосновании диагноза сложных больных, то кафедра будет приветствоваться администрацией больницы. Кафедра не должна «выпадать» из общих порядков стационара и выполнять все требования главного врача. Повторюсь: всё зависит от руководителя кафедры. Насколько он заинтересован в привлечении своих сотрудников к участию в диагностическом процессе. Кафедре не следует вмешиваться в лечение – это дело заведующих отделениями, в руки которых она должна вложить диагноз. Кафедра должна быть хорошим другом стационару, без которого больница почувствует определённый дефицит в грамотных диагностах.

Насколько подготовленными по фундаментальным дисциплинам приходят студенты на вашу кафедру?

на вашу кафедру?

— Усвоение теоретических предметов очень важно, но оно про-

Расширение Национального календаря профилактических прививок (НКПП) ведёт к увеличению инъекционной нагрузки на детей, которую необходимо снизить за счёт применения высокоэффективных комбинированных вакцин. Об этом заявила на выездном заседании экспертного совета по здравоохранению Комитета Совета Федерации по социальной политике во Владивостоке заместитель председателя комитета Людмила Козлова.

Учитывая специфику региона

Сенатор подчеркнула, что применение комбинированных вакцин позволяет защитить детей от многих инфекционных заболеваний, снизить количество инъекций, проводимых в течение курса иммунизации, стоимость оказываемых медицинских услуг и уменьшить психоэмоциональное напряжение ребёнка и родителей. «По статистике, от инфекционных болезней, которые можно предотвратить с помощью вакцинации, в мире ежегодно умирает свыше 16 млн человек, из них 11 млн – дети до 5 лет. В глобальном масштабе почти 24 млн детей ежегодно остаются незащищёнными», - констатировала Л.Козлова.

Она отметила эффективность организации в рамках НКПП вакцинопрофилактики детей в Приморском крае. В то же время в регионе, заметила она, регистрируется большое число вакциноуправляемых инфекционных заболеваний, обязательная иммунизация против которых не предусмотрена в календаре, но финансируемых за счёт федерального бюджета. По данным органов здравоохранения, одними из самых распространённых заболеваний в крае являются ветряная оспа, ротавирусная инфекция, растёт заболеваемость вирусным гепатитом А, клещевым энцефалитом.

Учитывая представленные данные, участники заседания пришли к выводу, что дальнейшие мероприятия по иммунопрофилактике инфекционных заболеваний должны быть направлены на утверждение проекта регионального календаря прививок с включением в него, исходя

Профилактика

Щит от инфекции

Пора снизить инъекционную нагрузку на детей



А мне не больно...

из особенностей и специфики региона, иммунизации против дополнительных инфекций. Такой календарь необходимо внести в последующем в программу «Развитие здравоохранения Приморского края» на 2013–2017 гг.

В Совете Федерации предлагают наказывать родителей за необоснованный отказ делать детям прививки, сообщила Л.Козлова, уточнив при этом, что речь не идёт об уголовной ответственности. По словам зампреда комитета, предлагается сделать платным лечение для тех людей, которые необоснованно отказались делать профилактическую прививку, а затем заболели этой болезнью. Многие родители отказываются делать детям прививки под влиянием «антивакцинальной пропаганды», заметила сенатор. Она заявила также о необходимости борьбы с «антивакцинальным лобби», которое, по её мнению, наносит существенный вред делу

вакцинопрофилактики населения и результативной работе по предотвращению распространения серьёзных инфекционных заболеваний.

«Вакцинация - здоровая нация»

Людмила Козлова напомнила о проведении Всероссийского марафона «Вакцинация - здоровая нация!», инициированного Министерством здравоохранения РФ с целью повышения грамотности журналистов и уровня знаний населения в вопросах вакцинопрофилактики. Информационная кампания такого масштаба проводится в нашей стране впервые. Марафон пройдёт в мае - сентябре 2015 г. в Москве, Новосибирске, Красноярске, Уфе, Владивостоке, Казани, Санкт-Петербурге, Ростове-на-Дону и Екатеринбурге.

Мероприятие включает серию образовательных семинаров для

журналистов из всех регионов России. В центрах федеральных округов будут собраны эксперты и сотрудники СМИ из более 70 городов на пресс-конференции, брифинги, пресс-показы научных фильмов о вакцинопрофилактике и т.д.

Как отмечают в Минздраве, несмотря на сложную экономическую ситуацию, Правительство РФ выполняет и даже расширяет свои социальные обязательства. В прошлом году министерство расширило НКПП и закупило вакцину против пневмококкового возбудителя. Если ранее объём бюджетных средств, выделяемых на закупку вакцин Национального календаря прививок, составлял около 6,5 млрд руб., то после включения в прошлом году пневмококковой вакцины в НКПП объём средств приблизился к 10 млрд 251 млн руб. Количество доз этой вакцины составило 3 млн 380 тыс. Это федеральная закупка, и вакцина уже доведена до субъектов Федерации. В результате в 2014 г. число вакцинированных детей первого года жизни составило почти 140 тыс. человек.

В обновлённый НКПП входят теперь прививки против 13 инфекций, включая, как уже отмечалось, пневмококковую, а также ряд прививок по эпидемическим показаниям. Согласно данным фармако-экономических исследований Санкт-Петербургского НИИ детских инфекций, в России благодаря массовой вакцинации в 2015 г. удастся предотвратить более 2 тыс. случаев детской смертности. В то же время ежегодно более 700 тыс. детей в нашей стране заболевают пневмококковыми отитами, около 39 тыс. переносят пневмококковую пневмонию и более 3 тыс. детей страдают от пневмококковой бактериемии.

За отказ - в тюрьму

По данным Всемирной организации здравоохранения, вакцинация ежегодно спасает жизни более 3 млн человек во всём мире и защищает миллионы людей от болезней и пожизненной инвалидности. В этой связи не лишне заметить, что марафон всё же лучше, чем лишение родителей свободы за отказ делать своим детям прививку, как это происходит на северо-западе Пакистана. Там за отказ от вакцинации ребёнка против полиомиелита арестовали и посадили в тюрьму 471 жителя города Пешавар и окрестных деревень. Пакистанские власти считают, что тем самым эти люди создали угрозу национальной безопасности.

Пакистан вместе с Нигерией и Афганистаном входит в тройку стран, которые ещё не победили полиомиелит. В прошлом году на первую из этих стран пришлось большинство зарегистрированных случаев заболевания. При этом, как сообщают СМИ, некоторые пакистанцы не делают прививки своим детям из-за суеверий – боятся, что вакцинация может привести к бесплодию.

Между тем полиомиелит — это высокозаразное заболевание, вызываемое вирусом, поражает, по данным ВОЗ, в основном детей в возрасте до 5 лет. Страдает нервная система, что в считанные часы может привести к общему параличу. Необратимый паралич (обычно ног) развивается в каждом двухсотом случае инфицирования, 5-10% из числа таких больных умирают из-за наступающего паралича дыхательных мышц.

Валентин МАЛОВ. МИА Cito!

Cumyaция —

До конца года на базе Московской городской клинической больницы им. С.П.Боткина откроется симуляционный центр - «виртуальная клиника» для повышения квалификации врачей. Роли пациентов в центре сыграют актёры и студенты столичных творческих вузов. Об этом сообщил заместитель столичного мэра по вопросам социального развития Леонид Печатников. Примечательно также, что в этом центре будет проходить и теоретическое обучение: к чтению лекций для московских докторов привлекут иностранных специалистов.

«Для актёров – участников проекта разработают специальные сценарии поведения, имитирующие различные диагнозы, а также манеру поведения с доктором. Артисты будут играть пациентов, а врачи – ставить диагноз. Особенно мы рассчитываем на студентов творческих вузов, которым будет интересно экзаменовать врачей, – отметил

Что значит поверить доктору

Это значит научиться слушать пациента, разговаривать с ним

Л.Печатников. - Повысить квалификацию в новом учебном комплексе смогут врачи разных специальностей, однако акцент будет сделан на хирургии. Для обучения московских медиков приглашены, в том числе, высококлассные иностранные специалисты. Учить врачей будут на первых порах иностранцы, но дальше мы надеемся обходиться собственными силами, подчеркнул он. - В настоящее время в симуляционном центре уже завершены ремонтные работы. С помощью иностранных специалистов мы продумываем технологию и рассчитываем, что уже в этом году сможем принять

первых докторов», - резюмировал эксперт.

Надо заметить, что метод так называемых «симулированных» пациентов, когда актёры изображают больных в учебных целях, активно используется за рубежом. На таких «больных» врачи учатся правильно проводить приём и обследование, располагать людей к себе. Например, в США актёры изображают перед врачами симптомы лихорадки Эбола.

В Москве уже несколько лет существуют симуляционные центры для студентов медицинских вузов. Они отрабатывают врачебную и сестринскую ра-

боту на муляжах. Проводят манекенам инъекции, промывания, делают перевязки. Манекены оборудованы таким образом, что сами «отвечают» студенческой братии – правильно проведена та или иная манипуляция или нет.

Что характерно, данную идею поддержал президент Лиги защитников пациентов Александр Саверский. «Лучше всего эта методика поможет наладить общение врачей с больными. Большинство конфликтов с пациентами возникает из-за нежелания врача слушать больного, разговаривать с ним. Докторов надо учить признавать свои

ошибки, дабы лечащийся понял, что они были совершены не из злых побуждений. Один из возможных методов обучения – моделирование конфликта. Главная ошибка врачей в том, что они считают: пациент, не обладающий медицинскими знаниями, не вправе обсуждать диагноз», – сказал он.

В свою очередь, член комиссии Московской городской думы по здравоохранению Ольга Шарапова считает, что в лечении пациента 80% успеха зависит от его взаимоотношения с медиками. «Врач должен понять пациента, а пациент - поверить доктору. У нас неплохие врачи. Но раньше студентов медицинских вузов не учили разговаривать с больными, а в лучших зарубежных клиниках очень активно изучается психология пациента. Наши специалисты должны понимать, что у пациентов с различными заболеваниями разная психология», - пояснила она.

> Алина КРАУЗЕ. МИА Cito!

Москва

Участники «итальянской забастовки» – этой новой для нас формы протеста – подготовили доклад, иллюстрирующий нарушения трудовой дисциплины и федеральных нормативов нагрузки на врачей. Как сообщил на пресс-конференции оргсекретарь независимого профсоюза работников здравоохранения «Действие» Андрей Коновал, медики готовы возбудить судебное разбирательство против московских властей.

Врачи страдают от перегрузок

А пока участники акции, которая продолжалась 2 месяца и в которой приняли участие от 15 до 20 врачей, решили направить подготовленный 6 врачами московских поликлиник и женских консультаций - участниками «итальянской забастовки» документ в Комитет Госдумы РФ по охране здоровья, Росздравнадзор и Федеральную службу по труду и занятости. Доклад подробно излагает основные факты нарушений администрацией столичных медучреждений Трудового кодекса РФ и федеральных норм, касающихся организации труда.

«Мы выступаем против псевдостраховой медицины и за прямое бюджетное финансирование медучреждений. Мы выступаем за увеличение расходов на здравоохранение. Сегодня же наши медицинские учреждения посажены на голодный паёк. Мы считаем, что такое положение не связано с кризисом или желанием сэкономить - это попытка намеренно дискредитировать бесплатное общественное здравоохранение, сделать его малодоступным, некачественным и во многом платным, чтобы население пошло в частные клиники», заявил А.Коновал.

Профсоюз «Действие» известен тем, что активно поддержал, а по словам оппонентов, даже организовал нашумевшую в прошлом году и весной этого года голодовку врачей скорой помощи в Уфе. А.Коновал выехал тогда в столицу Башкортостана и развернул целую информационную кампанию по поддержке голодающих врачей, за что был избит неизвестными. Акция получила широкую огласку, к голодовке удалось привлечь внимание Минздрава России и Общественной палаты РФ.

И вот теперь - Москва.

«На основании Трудового кодекса каждый наёмный сотрудник имеет право на нормирование своей работы. Однако в холе акции выяснилось, что такое нормирование в нашей участковой службе в каких-либо федеральных и местных регламентах не существует, - говорит заместитель председателя горкома профсоюза «Действие», участковый терапевт диагностического центра № 5 Департамента здравоохранения Москвы

Анна Землянухина. - В рабочем времени выделено время только на приём и на вызовы. А на всё остальное - проведение диспансеризации, вакцинацию, санитарно-просветительскую работу - времени не предусмотрено. В нашей поликлинике всё, чего нам удалось добиться, - это возвращение прежнего норматива на приём пациента: 12 минут вместо 10. Кроме того, нам организова-

к тому, что к ним прикрепляют всех желающих, независимо от места проживания. В результате количество пациентов растёт, а штатное расписание остаётся прежним. «Если разделить всех прикреплённых к поликлинике пациентов на число участков, то окажется, что среднее количество пациенток на участке составляет 6 тыс. человек при федеральном нормативе 2200 женщин на одно-

Смысл «итальянской забастовки» на рабочих местах заключается в отказе от исполнения обязанностей, не предусмотренных трудовыми договорами, и несанкционированных переработок. В декларации, опубликованной от лица протестующих, отмечается, что организация работы московских поликлиник погрязла в системных противоречиях, а тарифы ОМС, по которым осущестжает уверять, что медучреждения столицы работают в штатном режиме. «Эта политическая провокация полностью провалилась. В поликлиниках Москвы работа идёт в штатном режиме. Могу с полной ответственностью заявить, что ситуация находится под контролем, все пациенты получают медицинскую помощь в полном объёме», - сказал А.Хрипун. Разделяют это мнение

Кто кого обманывает?

«Итальянская забастовка» медиков столичных поликлиник, суть которой в работе по правилам, продолжится



Поможет ли забастовка разрядить ситуацию

ли приём отдельно для «живой очереди» в первую смену. Также у нас сменили главного врача на основании того, что предыдущий руководитель был якобы некоммуникабельным и не мог решить наших проблем».

«Мы привыкли качественно помогать пациенту и не хотим заниматься профанацией на своих рабочих местах, - подчёркивает причину забастовки А.Землянухина. – В январе этого года настал такой момент, когда из-за увеличения нагрузки и сокращения времени приёма одного пациента качественно оказывать помощь стало просто невозможно. Настал предел терпения: надо просто-напросто уходить из профессии. Но это для нас неприемлемо, мы все с детства хотели быть врачами и поэтому выбрали борьбу за свои права и права пациентов».

Ещё больше страдают от переработок узкие специалисты. Как сообщила акушер-гинеколог городской поликлиники № 180 столичного Департамента здравоохранения Екатерина Чацкая, подушевое финансирование этих медучреждений привело го врача-гинеколога. То есть при условии соблюдения федерального форматива в поликлинике должно быть 38 участков, а у нас их 14, - констатирует врач, заметив при этом: - Можно представить, какой будет доступность акушерско-гинекологической помощи при такой нагрузке».

К заверениям руководителей московского здравоохранения, что сокращения врачей в поликлиниках не будет, участники акции относятся, мягко говоря, скептически.

В чём состоит протест

«Мы продолжаем настаивать на том, что оказание медицинской помощи должно проходить в нормальных человеческих условиях. В этом и состоит функция организатора здравоохранения, начиная от главного врача ЛПУ и заканчивая министром здравоохранения, - обеспечить условия и ресурсы, чтобы люди не работали по 12 часов в день. Однако существующими силами медработников справиться с этим объёмом нагрузки качественно невозможно, – отметил А.Коновал.

вляется расчёт за медицинскую помощь, противоречат объёмам и реальной стоимости медицинских услуг. Неудовлетворительной, по оценкам врачей, является и нестыковка штатного расписания поликлиник и нормативов численности прикреплённого населения. Исходя из этого, считают медики. количество ставок в штатном расписании необходимо увеличить. Чрезмерными названы нагрузки на сотрудников учреждений. В числе прочего участники акции намерены требовать от департамента прекратить дальнейшее сокращение медицинских кадров в поликлиниках, отменить 6-часовой приём у терапевтов участковых по системе ЕМИАС как не утверждённый никакими нормативными актами и установить время приёма в поликлинике одним участковым терапевтом не более 4 часов.

Есть в документе немало и других предложений, например, установление норматива времени участковой службы на обслуживание пациента на дому, включая время на поездку, создание в учреждениях дежурной службы для приёма пациентов в порядке «живой очереди». Предлагается также выделить отдельное время в распорядке рабочего дня на вызовы на дом, ведение медицинской документации и диспансерной группы, выполнение плана прививок и др.

«Политическая провокация»?

На всё это у столичного департамента один ответ: суть акции - обмануть врачей, довести до голодовки и бросить, переместившись в другой город. Его глава Алексей Хрипун, заявивший, что московские медики не поддержали «итальянскую забастовку», назвал эту акцию протеста «политической провокацией, сценарий которой привнесён в Москву извне». Утверждая, что её участники «поддались на манипуляции провокаторов», он продоли вице-мэр Леонид Печатников, и председатель профсоюза работников здравоохранения Москвы Сергей Ремизов.

По мнению профсоюзного лидера, проблемы в московском здравоохранении есть, но забастовка не является выходом из ситуации. «Протестующие - это небольшая группа людей, которые, к сожалению, не садятся за стол переговоров, занимаются популизмом и зарабатывают очки на тех проблемах, которые есть в отрасли. Профсоюз работников здравоохранения Москвы пытается решать вопросы. Когда было сокращение врачей, мы сели за стол переговоров с мэром Москвы Сергеем Собяниным (работу поликлиник глава города считает главным приоритетом столичного здравоохранения. - К.Щ.) и помогли решить многие проблемы: это выплаты сокращённым врачам, это переобучение, это центр «Содействие», - рассказал С.Ремизов.

«Они обманывают. Да, учреждения работают в штатном режиме, но мы и не ставили своей целью подорвать их работу», - заверяет А.Землянухина. - Акция протеста не провалена».

«Мы уверены, что пример участников акции будет подхвачен», - остаётся при своём и А.Коновал. По его словам, каждый сотрудник будет принимать решение об участии в забастовке индивидуально.

Посмотрим, чья, как говорится, возьмёт. Или всё же определим свою позицию в трудовом законодательстве и, соответственно, своё отношение к «итальянской забастовке», возобновить которую (и не только в Москве) грозится профсоюз «Действие». Столичный же Департамент здравоохранения по-прежнему утверждает: врачи её не под-

> Иван МЕЖГИРСКИЙ, **МИА Cito!**

Сотрудничество -

В рамках совместного проекта Уральского государственного медицинского университета и Харбинского медицинского университета делегация из Китайской Народной Республики посетила в Екатеринбурге областную детскую клиническую больницу № 1.

Специалисты ОДКБ познакомили представителей КНР с двумя клиническими центрами, входящими в структуру больницы и являющимися клинической базой медицинского университета. Гости побывали в лабораторном

Впечатлили китайских коллег

отделении онкогематологического центра, ознакомились с оборудованием и возможностями

Во время экскурсии по центру китайские медики оценили удачные решения планировки помещений, возможности оказания экстренной помощи пациентам.

Следующей точкой маршрута стал областной перинатальный центр. Здесь гости задали много

вопросов по организации лечебного процесса и направлениям деятельности центра.

Медицинский персонал ОПЦ рассказал о неонатальных и акушерских технологиях, которые здесь используются. На членов делегации произвели впечатление и сами высокотехнологичные методы, и высокие показатели в выхаживании детей с экстремально низкой массой тела, и профессионализм уральских врачей. Целью визита китайских медиков было знакомство с работой

медицинского учреждения третьего уровня для планирования дальнейшего обмена опытом на местах, а также для создания совместных образовательных программ для студентов, ординаторов и врачей.

 Возможность обмена опытом позволяет нам постоянно обучаться и совершенствоваться. Сотрудничество послужит хорошим началом для создания программы непрерывного обучения медицинских специалистов, прокомментировал встречу заместитель главного врача ОДКБ № 1 по лечебным вопросам Сергей Дубровин.

Ксения ЮРСКАЯ.

Екатеринбург.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 39 (1891)

Субдуральная гематома — обусловленное травмой объёмное скопление крови, располагающееся между твёрдой и паутинной мозговыми оболочками, вызывающее местное и общее сдавление головного мозга.

Эпидемиология

Субдуральная гематома (СДГ) встречается чаще, чем эпидуральная, составляя около 2/5 общего количества случаев компримирующих мозг кровоизлияний, и занимает первое место среди различных видов внутричерепных гематом. Среди пострадавших с ЧМТ острая СДГ составляет 1-5%, достигая 9-22% при тяжёлой ЧМТ. СДГ резко преобладают у мужчин по сравнению с женщинами (3:1). Они встречаются во всех возрастных группах – от младенцев до стариков, но гораздо чаще – у лиц старше 40 лет.

Механизмы формирования

Субдуральная гематома развивается при травме головы различной интенсивности. Для острой СДГ более характерна тяжёлая травма с переломом костей черепа, премущественно основания, а для подострой и особенно хронической гематомы — относительно лёгкая травма без повреждения костей черепа. В отличие от эпидуральной субдуральная гематома возникает не только на стороне приложения травмирующего агента, но примерно с той же частотой и на противоположной.

Механизмы образования субдуральной гематомы различны. При гомолатеральной повреждению СДГ они в известной мере сходны с формированием эпидуральной гематомы, то есть травмирующий агент с небольшой площадью приложения воздействует на голову, обусловливая локальный ушиб мозга и разрыв пиальных или корковых сосудов в области травмы. Образование СДГ, контрлатеральной месту приложения травмирующего агента, обусловлено смещением мозга, возникающим при ударе головой, находящейся в сравнительно быстром движении, о массивный предмет (падение с относительно большой высоты, с движущегося транспорта на мостовую, столкновение автомашин, падение навзничь и т.д.). При этом разрываются так называемые мостовые вены, впадающие в верхний сагиттальный синус.

Развитие СДГ возможно и при отсутствии прямого приложения травмирующего агента к голове. Резкое изменение скорости или направления движения (при внезапной остановке быстро движущегося транспорта, падение с высоты на ноги, на ягодицы и т.п.) также способно вызвать смещение полушарий мозга и разрывы вен.

Кроме того, СДГ на противоположной стороне может возникать при воздействии травмирующего агента, имеющего широкую площадь приложения, на фиксированную голову, когда вызывается не столько локальная деформация черепа, сколько смещение мозга, часто с разрывом вен, впадающих в сагиттальный синус (удар бревном, падющим крупным предметом, снежной глыбой, бортом автомашины и т.д.). Нередко в образовании СДГ одновременно участвуют разные механизмы, что объясняет значительную частоту её двустороннего возникновения.

В отличие от эпидуральной гематомы, при СДГ местом приложения травмирующего предмета чаще является не височная область, а затылочная и лобная области. Таким образом, при субдуральных гематомах преобладает окципито-фронтальное, фронто-окципитальное и сагиттально-базальное направление действующей силы с теми или иными угловыми отклонениями.

В отдельных случаях субдуральная гематома формируется за счёт прямого ранения венозных пазух, при нарушении целости твёрдой мозговой оболочки с разрывом её сосудов, а также при повреждении кортикальных артерий. В развитии подострой и особенно хронической СДГ значительную роль играют также вторичные кровоизлияния вследствие нарушения целости сосудов под влиянием дистрофических, ангионевротических и ангионекротических факторов.

Патоморфология

На аутопсии умерших от ЧМТ субдуральные гематомы обнаруживаются почти в 2 раза чаще эпидуральных, что в определённой степени связано с анатомо-топографи-

ческими особенностями субдурального отрезка пиальных вен, являющихся основным источником СДГ. Субдуральные сегменты пиальных вен из-за более тонких стенок менее прочны, чем их субарахноидальные отрезки, и не имеют наружных стабилизирующих конструкций и других амортизирующих механизмов. Начиная с 4-х суток, в участках твёрдой мозговой оболочки, к которым прилегают свёртки (сгустки) крови, обнаруживаются первые признаки резорбции, появляются грануляционная ткань и слой фибробластов толщиной в 2-5 клеток. Сращение свёртка крови с внутренней поверхностью твёрдой мозговой оболочки становится видимым лишь со 2-й недели. В это время свёрток крови, состоящий преимущественно из гемосидерофагов, приобретает коричневокрасный цвет.

В дальнейшем интенсивность процесса организации со стороны твёрдой мозговой оболочки нарастает. Через неделю после кровоизлияния в гематоме появляются новообразованные капилляры, затем аргирофильные волокна, позднее – коллагеновые.

цев и даже лет. При сопутствующих ушибах головного мозга светлый промежуток часто отсутствует. Таким образом, в клинике СДГ может не устанавливаться характерная трёхфазность расстройств сознания – первичная потеря сознания после травмы, его восстановление на какой-то период и последующее повторное выключение сознания.

При субдуральном кровоизлиянии ярче, чем при эпидуральном, бывает выражена волнообразность и постепенность в изменении состояния сознания. Однако иногда больные внезапно впадают в коматозное состояние.

В отличие от ЭДГ, при которой нарушение сознания протекает почти исключительно по стволовому типу, при СДГ нередко отмечается дезинтеграция сознания по корковому

Травматическая субдуральная гематома

У человека пространство между твёрдой и мягкой оболочками мозга заполнено клетками дурально-эпителиоидного слоя, которые расположены в виде синтиция с широкими межклеточными пространствами и связаны между собой отдельными десмосомами. Эти клетки легко разрушаются излившейся массой крови, скоплением гноя и т.п.

Объём субдурального кровоизлияния зависит от многих причин (калибр, вид сосуда – вена или артерия, количество повреждённых сосудов, свёртываемость крови) и колеблется от 30 до 250 мл, но чаще не превышает 80-150 мл СДГ, по сравнению с ЭДГ, занимает более обширную площадь, свободно растекаясь по субдуральному пространству и иногда, как мантия, покрывая всё полушарие.

СДГ чаще имеет размеры от 10 x 12 до 13 x 15 см и характерную серповидно-плоскостную форму. Толщина слоя крови при этом может варьировать от 0,5 до 4 см, обычно 1-1,5 см. Порой СДГ занимает ограниченное пространство в пределах 4 x 6 см.

Образование субарахноидальных гематом в большинстве случаев связано с разрывом пиальных вен в месте их впадения в верхний продольный синус, реже – сфенопариетальный и поперечный синусы. Нередко источником СДГ являются повреждённые поверхностные сосуды полушария, прежде всего корковые артерии.

СДГ обычно располагается конвекситально над двумя или тремя долями полушария, преимущественно в теменно-височной, теменно-лобной и теменно-лобно-височной областях. Локализуясь в основном на выпуклой поверхности полушарий, субдуральные гематомы, особенно острые и подострые, нередко распространяются базально - в переднюю и среднюю черепные ямки. Лишь изредка они избирательно располагаются вне теменной области - в лобной (в том числе над полюсом лобной доли), височной, затылочной областях, на основании и в межполушарной щели. Двустороннее расположение субдуральных гематом в отличие от эпидуральных не является казуистикой: на их долю приходится 5-13% всех случаев СДГ.

Исход СДГ во многом зависит от её объёма. Неудалённая гематома объёмом более 50 мл сдавливает головной мозг, что способствует повышению внутричерепного давления с последующими дислокационным синдромом и летальным исходом. Небольшие СДГ объёмом менее 50 мл резорбируются. Часть острых СДГ переходит в подострые, а затем некоторые из них становятся хроническими.

В остром периоде в течение 1-2 суток после кровоизлияния гематома представляет собой скопление жидкой крови, представленной в основном неизменёнными эритроцитами. Позднее кровь оказывается свернувшейся в виде «лепёшки», сдавливающей мозг. На внутренней поверхности твёрдой мозговой оболочки и наружной поверхности паутинной оболочки обнаруживаются нити фибрина. Сегментоядерные лейкоциты, появляющиеся в конце 1-х и в течение 2-х суток, в последующем постепенно заменяются макрофагами.

Организация гематомы начинается с периферических её отделов и распространяется затем на центральную часть. В этом процессе активны клетки внутреннего слоя твёрдой мозговой оболочки, в то же время мягкая мозговая оболочка, если она не была повреждена, не принимает в нём участия. В паутинной оболочке обнаруживаются лишь явления пролиферации клеток арахноидэндотелия.

В толще твёрдой мозговой оболочки и участках мягкой мозговой оболочки, прилегающих к свёртку крови, обнаруживается большое количество гемосидерофагов и свободного гемосидерина. В процессе организации и после его завершения при небольшом объёме крови, частично разрушившем клетки дурально-арахноидального слоя, последние легко выявляются при светооптическом исследовании благодаря характерному виду. Это вытянутые, отросчатые эпителиоидные клетки, ориентированные параллельно внутренней поверхности твёрдой мозговой оболочки. Паутинная оболочка, прилегающая к субдуральной гематоме, обычно утолщена, иногда значительно. В ней видна гиперплазия клеток арахноидэндотелия.

Вещество мозга, расположенное под острой СДГ, обычно отёчное. При светооптическом исследовании мозга не только на аутопсийном материале, но и в модели экспериментальной острой СДГ, в нейронах краевой зоны коры обнаруживаются изменения, известные в классической нейрогистологии как ишемические повреждения. В отдалённом периоде ЧМТ в краевых отделах коры мозга, даже в случаях удалённой СДГ, на секционном материале и по данным КТ обнаруживается атрофия. Микроскопическое исследование этих участков мозга выявляет выпадение нервных клеток 2-3-го слоёв коры и заместительную пролиферацию клеток глии.

В отдалённом периоде ЧМТ на внутренней поверхности твёрдой мозговой оболочки остаются небольшие пятна коричневого цвета в виде полосок и ландкартообразных очертаний, которые легко снимаются с поверхности ТМО, будучи связаны с ней очень тонкими соединительнотканными тяжиками или сосудистыми стволиками.

При микроскопическом исследовании этих ржавых пигментаций в большинстве случаев никаких изменений в твёрдой мозговой оболочке не обнаруживается, за исключением того, что во внутренних слоях её иногда видны кучки гемосидерофагов и свободно лежащих глыбок зёрен. На месте внутреннего эндотелиального слоя твёрдой мозговой оболочки располагаются 1-2 слоя зернистых шаров, нагруженных гемосидерином. Сама «плёнка» состоит из таких же зернистых шаров и небольшого количества тонких пучков соединительнотканных волокон. В некоторых случаях имеется небольшое количество сосудов и мелких кровоизлияний. В отдалённом периоде ЧМТ на месте субдуральной гематомы обнаруживаются пласты из фибробластов, коллагеновых волокон, небольшого количества сосудов, скоплений гемосидерина.

Клиника

Клиническое проявление субдуральной гематомы чрезвычайно вариабельно. Наряду с её величиной, источником кровотечения, темпом образования, особенностями локализации, распространения и другими факторами это обусловлено более частыми, чем при эпидуральных гематомах, тяжёлыми сопутствующими повреждениями головного мозга, которые (в связи с механизмом противоудара) нередко являются двусторонними.

Продолжительность светлого промежутка (развёрнутого или стёртого) при СДГ колеблется в очень широких пределах от нескольких часов (иногда даже минут) при остром их развитии до нескольких дней при подостром, а при хроническом течении может достигать нескольких недель, месятипу с развитием аментивных, онейроидных, делириозоподобных состояний, нарушений памяти с чертами корсаковского синдрома, а также лобной психики со снижением критики к своему состоянию, аспонтанностью, эйфорией, нелепым поведением, нарушением контроля над функциями тазовых органов.

В клинической картине СДГ часто наблюдается психомоторное возбуждение. Встречаются эпилептические припадки, в структуре которых преобладают генерализованные судорожные пароксизмы.

Головная боль у доступных контакту больных с СДГ – почти постоянный симптом. Наряду с цефалгией, имеющей оболочечный оттенок (иррадиация боли в глазные яблоки, затылок, болезненность при движении глаз, светобоязнь и т.д.), и объективируемой локальной болезненностью при перкуссии черепа, при субдуральном кровоизлиянии гораздо чаще, чем при эпидуральном, встречаются и диффузные гипертензионные головные боли, сопровождающиеся ощущением распирания головы. Периоду усиления головных болей при СДГ нередко сопутствует рвота.

Примерно в половине наблюдений при СДГ имеет место брадикардия. При субдуральных гематомах, в отличие от эпидуральных, застойные явления на глазном дне являются более частым компонентом компрессионного синдрома. У больных с хронической гематомой могут встречаться и осложнённые застойные соски с резким снижением остроты зрения и элементами атрофии соска зрительного нерва.

Необходимо отметить, что в связи с тяжёлыми сопутствующими ушибами головного мозга субдуральные гематомы, прежде всего острые, нередко сопровождаются стволовыми нарушениями в виде расстройств дыхания, артериальной гипертонии или гипотонии, ранней гипертермии, диффузных изменений мышечного тонуса и рефлекторной сферы.

Для СДГ, в отличие от ЭДГ, более характерно преобладание общемозговой симптоматики над сравнительно распространённой очаговой. Однако сопутствующий ушиб, а также явления дислокации порой обусловливают наличие в клинической картине заболевания сложных соотношений различных групп симптомов.

Среди очаговых признаков при СДГ наиболее важная роль принадлежит одностороннему мидриазу со снижением или утратой реакции зрачка на свет. Мидриаз, гомолатеральный субдуральной гематоме, встречается в половине наблюдений (при острой СДГ – в 2/3 случаев). Расширение зрачка на противоположной гематоме стороне отмечается гораздо реже и обусловлено ушибом противоположного полушария или ущемлением противоположной гематоме ножки мозга в отверстии мозжечкового намёта.

При подострой и хронической субдуральных гематомах, в отличие от острой, мидриаз чаще бывает умеренным и динамичным, без выпадения фотореакций. Нередко изменение диаметра зрачка сопровождается птозом верхнего века на той же стороне, а также ограничением подвижности глазного яблока, что может указывать на краниобазальный корешковый генез глазодвигательных расстройств при СДГ.

Контрлатеральный пирамидный гемисиндром при острой СДГ, в отличие от ЭДГ, по своей диагностической значимости уступает мидриазу. При подострой и хронической СДГ латерализационная роль пирамидной симптоматики возрастает. Если пирамидный гемисиндром достигает степени глубокого

пареза или паралича, то чаще это обусловлено сопутствующим ушибом головного мозга. Когда СДГ выступает в «чистом виде», пирамидный гемисиндром обычно характеризуется анизорефлексией, небольшим повышением тонуса и умеренным снижением силы в контрлатеральных гематоме конечностях. Недостаточность VII нерва при СДГ обычно имеет мимический оттенок.

При острой субдуральной гематоме пирамидные симптомы чаще, чем при эпидуральной, оказываются и гомолатеральными вследствие сопутствующего ушиба или дислокации мозга. Дифференциации причины помогают значительное уменьшение дислокационного гемипареза при регрессе ущемления ствола и сравнительная стабильность гемисиндрома вследствие ушиба мозга. Следует также помнить, что билатеральность пирамидной и другой очаговой симптоматики не так уж редко может обусловливаться двуполушарным расположением субдуральных гематом.

При СДГ симптомы раздражения в виде фокальных судорог, как правило, проявляются на противоположной гематоме стороне тела. При формировании СДГ над доминантным полушарием нередко возникает нарушение речи, чаще сенсорное.

Расстройства чувствительности по своей частоте значительно уступают пирамидным симптомам, но всё же при субдуральной гематоме они встречаются чаще, чем при эпидуральной, характеризуясь не только гипалгезией, но и нарушениями эпикритических видов чувствительности. Удельный вес экстрапирамидной симптоматики при СДГ, особенно хронической, достаточно велик. Обнаруживаются пластические изменения мышечного тонуса, общая скованность и замедленность движений, рефлексы орального автоматизма и хватательный.

Формы развития

Представление об относительно медленном развитии субдуральной гематомы, по сравнению с эпидуральной, долго господ-

ствовало в литературе. В настоящее время установлено, что острая СДГ по бурному темпу своего развития часто не уступает эпидуральной.

СДГ по течению разделяют на острые, подострые, хронические. К острой относят СДГ, которая клинически проявляется на 1-3-и сутки после ЧМТ, к подострой – на 4-13-е сутки, к хронической – манифестирующие спустя 2 недели и позже после травмы. Конечно, эти сроки во многом условны, особенно когда появились методы нейровизуализации, и тем не менее деление на острые, подострые и хронические СДГ сохраняет своё значение.

Учитывая зависимость клинических особенностей субдуральных гематом от темпа развития сдавления мозга, целесообразно отдельно рассмотреть три формы их течения.

Острая субдуральная гематома

Острая СДГ в половине наблюдений проявляется картиной компрессии головного мозга в первые 12 часов после травмы. Следует выделить три основных варианта клинического развёртывания острой СДГ.

Классический вариант. Встречается редко. Характеризуется трёхфазным изменением состояния сознания (первичная утрата в момент травмы, развёрнутый светлый промежуток и вторичное выключение сознания). В момент сравнительно нетяжёлой ЧМТ (ушиб головного мозга лёгкой или средней степени) отмечается непродолжительная потеря сознания, по восстановлении которого наблюдается лишь умеренное оглушение либо его элементы. В период светлого промежутка, длящегося от 10-20 минут до нескольких часов, изредка 1-2 суток, больные жалуются на головную боль, тошноту, головокружение, проявляется амнезия. При адекватности поведения и ориентировке в окружающей обстановке обнаруживаются быстрая истощаемость и замедление интеллектуально-мнестических процессов. Очаговая неврологическая симптоматика в период светлого промежутка обычно мягкая и рассеянная.

В дальнейшем происходит углубление оглушения с появлением повышенной сонливости или психомоторного возбуждения. Больные становятся неалекватными, резко усиливается головная боль, возникает повторная рвота. Более отчётливо проявляется очаговая симптоматика в виде гомолатерального мидриаза, контрлатеральных расстройств чувствительности и пирамидной недостаточности, а также других нарушений функций сравнительно обширной корковой зоны. Наряду с выключением сознания развивается вторичный стволовой синдром с брадикардией, повышением артериального давления, изменением ритма дыхания, двусторонними вестибуло-глазодвигательными и пирамидными нарушениями, тоническими судорогами.

Вариант со стёртым светлым промежутком. Встречается нередко. Субдуральной гематоме обычно сопутствует ушиб головного мозга. Первичная утрата сознания часто достигает степени комы; выражена очаговая и стволовая симптоматика, обусловленная первичным повреждением вещества мозга. В дальнейшем отмечается частичное восстановление сознания до оглушения. В этот период расстройства жизненно важных функций несколько уменьшаются. У пострадавшего, вышедшего из комы, порой наблюдаются психомоторное возбуждение, поиски анталгического положения. Нередко удаётся выявить головную боль, менингеальные симптомы.

Спустя тот или иной срок (от нескольких минут до 1-2 суток) стёртый светлый промежуток сменяется повторным выключением сознания до сопора или комы с углублением нарушений жизненно важных функций, развитием вестибуло-глазодвигательных расстройств и децеребрационной ригидности. По мере наступления коматозного состояния усугубляется очаговая симптоматика, в частности, появляется или становится предельным односторонний мидриаз, нарастает гемипарез; иногда могут развиться эпилептические припадки.

Вариант без светлого промежутка.

Встречается часто, обычно при множественных тяжёлых повреждениях мозга. Сопор, а чаще кома, с момента травмы до операции или гибели больного не претерпевают какой-либо существенной положительной динамики.

Подострая субдуральная гематома

Подострая СДГ, в отличие от острой, характеризуется сравнительно медленным развёртыванием компрессионного синдрома и значительно большей продолжительностью светлого промежутка. В связи с этим СДГ длительное время расценивается как сотрясение или ушиб головного мозга, а иногда и как нетравматическое заболевание (грипп, менингит, спонтанное субарахноидальное заболевание, алкогольная интоксикация и др.). Несмотря на раннее образование подострой СДГ, угрожающая клиническая манифестация её обычно развивается спустя 3 суток после травмы. В большинстве случаев она возникает при относительно нетяжёлом повреждении мозга.

Трёхфазность в изменении сознания более характерна для подострой СДГ по сравнению с острой. Длительность первичной потери сознания у большинства пострадавших колеблется от нескольких минут до часа.

Наступающий затем светлый промежуток может длиться до 2 недель.

В это время пострадавшие находятся в ясном сознании либо в состоянии умеренного оглушения. Жизненно важные функции не страдают, а если и отмечаются повышение артериального давления и брадикардия, то отклонения весьма незначительны. Неврологическая симптоматика нередко минимальна, иногда проявляется каким-либо одним симптомом.

(Окончание следует.)

Леонид ЛИХТЕРМАН, профессор, заслуженный деятель науки России, лауреат Государственной премии РФ. НИИ нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко.

(Окончание. Начало в № 43 от 17.06.2015.)

При синдроме Титце боли постоянного, длительного характера. При инфаркте миокарда боли могут быть длительными, особенно при ангинозной его форме. Однако и здесь, даже не в клинических условиях, на дому, опытному врачу не представляет трудности провести дифференциацию. Как уже говорилось выше, при синдроме Титце, даже при выраженных болях самочувствие пациента нарушается редко. При инфаркте миокарда, наряду с болями имеет место резкое нарушение общего самочувствия, чувство страха, тахикардия, падение артериального давления, развитие резкой глухости тонов, часто различные аритмии. Истину позволят выявить тропониновый или креатинкиназный, лактатдегидрогеназный тесты, изменения лейкоцитов и СОЭ, ЭКГ, ЭхоКГ.

В ряде случаев при синдроме Титце возникает необходимость дифференциальной диагностики с межрёберной невралгией. Для обоих заболеваний характерны длительные боли в области рёбер, грудной клетки, усиливающиеся при движениях, чиханье, кашле и глубоком дыхании. В пользу синдрома Титце свидетельствуют менее выраженный болевой синдром, наличие более или менее типичной плотной припухлости в области рёберных хрящей и отсутствие зоны онемения по ходу межрёберного промежутка.

Не мешает также помнить о более редких хондропатиях – костохондрит, изолированная ксифоидалгия. Эти процессы отличаются тем, что практически не сопровождаются типичной для синдрома Титце припухлостью грудинно-рёберных сочленений.

Течение

Течение болезни в подавляющем большинстве случаев исключительно благоприятное. Своевременная и правильная диагностика и проведение соответствующего лечения приводят к полному исчезновению клинических проявлений и рентгенологических нарушений. Все патологические признаки инволютируют в течение нескольких месяцев. Правда, некоторые авторы (С.Рейнберг, 1964) наблюдали случаи, когда развивалась «застывшая» рентгенологическая картина даже в течение нескольких лет. Но и в этих случаях процесс разрешался благополучно, исчезали рентгенологические изменения, полностью восстанавливалась функция сустава. Автор объясняет такое явление не столько самой болезнью, сколько психотравмой, получаемой больным, особенно в молодом возрасте, в результате тех диагнозов, которые подчас выставляются им

Синдром Титце

на начальных этапах болезни (рак, сифилис, саркома).

Лечение

Лечение в подавляющем большинстве случаев проводится в амбулаторно-поликлинических условиях.

В острой стадии, при выраженных болях следует назначать неспецифические противовоспалительные, антиспастические средства. При этом выбор препарата определяется пристрастиями врача или финансовыми возможностями пациента. Одновременно следует применять и местную терапию.

Рекомендации могут быть следующими:

- 1. Физический покой, разгрузка, при необходимости иммобилизация конечности (помещение руки в повязку, перекинутую через шею), средней тугости повязка на грудную клетку как при переломе ребра.
- 2. При резко выраженном болевом синдроме инъекции НПВС с анальгезирующими свойствами мелоксикам (мовалис) 1,5% 1,5 мл внутримышечно, 1 раз в сутки от 3 до 6 суток по эффекту. Или кеторол 3% 1 мл также внутримышечно 2 раза в день от 6 до 10 дней. Можно вводить ортофен (диклофенак) 2,5% 3 мл, пироксикам 1% 1-2 мл и др.
- 3. После инъекций или с самого начала при средневыраженном или умеренном болевом синдроме мелоксикам (мовалис) внутрь по 7,5 или 15 мг (по массе тела) таблетку 1 раз утром во время или после еды 20-30 дней или дольше по эффекту.
- 4. Для профилактики поражения ЖКТ на период приёма НПВС на ночь 1 капсулу омепразола или, если позволяет финансовое состояние пациента, эзомепразол (нексиум) 20 или 40 мг.
- 5. Антиспастики тизанидин (сирдалуд) внутрь в капсулах по 6 мг 2 раза в день 20 дней, затем 1 раз в день 10 дней и 2 раза в неделю 2 недели.
- 6. Хондропротекторы, например, артра по 1 таблетке внутрь 2 раза в день 3 недели, затем 1 раз в день 2-3 месяца по состоянию пациента. Или почти то же терафлекс по 1 капсуле внутрь первые 3 недели 3 раза в день, затем 2 раза в день. Можно вводить хондролон внутримышечно, через день по 1 мл (100 мг) 10-20 инъекций.

- 7. При резкой выраженности болей и затяжном течении инсулиновым шприцем в сустав или околосуставные ткани ввести от 0,5 до 1 мл (по массе тела) бетаметазон (дипроспан) 0,2%. Чаще однократно, при необходимости можно повторить через 15-20 дней.
- 8. Местно, в область припухлости (или болевого синдрома) втирать гель долобене (димексид, гепарин, декспантенол) и крем кетонал или долгит, смешав поровну, утром и вечером 20-30 дней или дольше по потребности.
- 9. По улучшении бальнеотерапия общие серные ванны или ванны и минеральные грязевые аппликации местно 10-12
- 10. Физиопроцедуры индуктотермия на сустав 10-14 сеансов.

Нередко, особенно в молодом возрасте, желательно назначать транквилизаторы типа тофизопама (грандаксин) по 1 таблетке 50 мг утром натощак и в 3-4 часа дня 20-30 дней или только утром 15-20 дней.

Требуется также психологическая помощь – разъяснение больному, а также родственникам сути болезни, её неопасности и излечимости.

В литературе есть сведения, что крайне редко, при упорном течении заболевания и неэффективности консервативной терапии проводится оперативное лечение в условиях стационара. В этом возникает необходимость, когда деформация резко выражена и уже вторичный деформационный процесс периодически обостряется и сопровождается сильными болями. Обычно технически несложная операция может иметь смысл и даёт полное выздоровление.

Случай из практики

Больная С., 28 лет. Поступила в клинику пропедевтики внутренних болезней с жалобами на выраженные боли спереди в верхней части грудной клетки постоянного характера, усиливающиеся при движении рук, припухание в этой области.

Анамнез. Болеет более месяца. Без всякой видимой причины появились боли в верхней части грудной клетки в области грудины. Заболевание развивалось постепенно, вначале боли были умеренные, затем стали нарастать. Появилась припухлость в

области болей, стали более рельефно выделяться ключицы, похудела. Обратилась к участковому врачу, и тот направил её в клинику с диагнозом «ревматический артрит плечевого пояса». Профессиональным спортом не занимается, но любит играть в теннис. Заболеваний лёгких не отмечает, материально бытовые условия вполне удовлетворительные, периодов нарушений питания не отмечает.

Объективно: при осмотре бросаются в глаза выступающие концы ключиц у места прикрепления 1-го ребра к грудине (на снимке).



Кожа над припуханием не изменена. Пальпаторно болят не сами ключицы, боль располагается как бы под ними. Боль усиливается при поднятии рук, отведении их назад.

Внутренние органы, физиологические отправления – без отклонений от нормы.

При обследовании: клинические анализы крови, мочи без патологии. Биохимические исследования (сиаловые кислоты, серомукоид, АСЛО) без отклонений от нормы.

Рентгенологически: костные изменения не выявлены. Определяется сужение межрёберного пространства между 1-м и 2-м рёбрами. Имеется периостальная реакция.

Диагноз: синдром Титце (двухсторонний грудинно-рёберно-хрящевой синдром) с поражением проксимальных концов 1-х рёбер, подострая стадия.

Проведено лечение примерно указанного выше типа. Болевой синдром стал менее интенсивным, опухание также уменьшилось, хотя полностью не прошло. Выписана на амбулаторное долечивание с соответствующими рекомендациями.

Ибрагим ШАМОВ, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней, доктор медицинских наук, профессор.

Дагестанская государственная медицинская академия.

Открывая конференцию, министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова зачитала приветствие председателя Правительства РФ Дмитрия Медведева: «Комплекс был создан в победном 1945 г. как Институт клинической терапии, который за короткое время превратился в крупный центр, основной задачей которого стало изучение и лечение болезней сердца. Это не только клинические исследования и новые препараты. но и уникальные операции и десятки тысяч спасённых жизней. Уверен - этот год, объявленный годом борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями, станет для вашего центра временем ярких открытий и достижений».

От себя Скворцова добавила, что кардиологический комплекс - один из флагманов российской медицины. Из 70 лет 50 комплексом руководит академик РАН Евгений Чазов, дважды министр здравоохранения СССР. В 1971 г. здесь впервые в мире был проведён внутрикоронарный тромболизис с введением фибринолизина и спасением жизни больного с тяжёлым коронарным синдромом. В 1973 г. впервые была использована ультразвуковая эхокардиография для исследования сердца пациента. С 1985 г. было проведено более 50 тыс. операций на сердце.

Генеральный директор Российского кардиологического научнопроизводственного комплекса Минздрава России академик РАН Евгений Чазов в докладе рассказал об основных исторических вехах комплекса. Институт клинической терапии изначально представлял собой городскую больницу, а не научный центр высшего класса, который под руководством Александра Мясникова создавался все эти послевоенные годы.

В 1965 г. приказом Министерства здравоохранения началась диспансеризация больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, а их реабилитация – в 70-е годы. Появились первые автобусы скорой помощи, что позволило снизить смертность от инфарктов миокарда с 39 до 14%. Первый международный конгресс по профилактической кардиологии проходит в Москве в 1985 г. Появляется кардиохирургия высокого уровня, а в центре оперировались Ельцин, Черномырдин и многие другие высокопоставленные лица. Но самое важное заключалось в создании методов профилактики. Так, в 1988 г. в России было осмотрено 188 млн человек, что существенно снизило смертность от сердечных заболеваний и было признано как хороший опыт на международном уровне.

Но самой главной задачей оставалось строительство нового комплекса. За 10 лет было построено 16 зданий, и в 1982 г. комплекс был открыт. Но для коллектива было важно не только создание уникального кардиологического комплекса, но и признание его как одного из ведущих в мировой практике. И зарубежные коллеги с завистью смотрели на достижения советских врачей.

В центре были созданы прекрасные условия как для лечения больных, так и для разработки новых методов диагностики, лекарственных средств, профилактики. Впервые врачи работали с представителями биологических и фармацевтических наук. Появился завод по производству создаваемых лекарств, 10 из которых были внесены в Государ-

Nmosu n uboshosm

Кардиоцентр: 70 лет борьбы за жизнь

В Москве прошла юбилейная Всероссийская научно-практическая конференция с таким названием



ственный реестр лекарственных препаратов, а 6 находятся в разработке. Так, препарат оксаком снижает давление с 250 в 2 раза за 15 минут. Получено 406 авторских патентов в России и более 800 за рубежом.

Член-корреспондент РАН Ирина Чазова в докладе «Кардиология: настоящее и будущее» отметила, что высокая смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в нашей стране во многом связана с распространённостью артериальной гипертонии. Повышение артериального давления сокращает жизнь на 8-11 лет. Особенно опасна рефрактерная артериальная гипертония. Одна из возможностей её преодоления - применение нелекарственных методов лечения. Если говорить о денервации почечных артерий, есть надежда, что можно использовать и неинвазивную методику - экстракорпоральное ультразвуковое воздействие, которое будет лучше переноситься больными и обладать хорошим лечебным эффектом.

В центре проводится большая работа по регистру инфаркта миокарда и созданный много десятков лет назад метод тромболизиса до сих пор остаётся основным в лечении этой категории больных. К сожалению, этот метод не всегда эффективно используется. Накоплен большой опыт по чрескожному вмешательству у оольных с острым коронарным синдромом. Разработанные уникальные методики позволяют получать результаты. значимо превосходящие те, что получены в других клиниках.

Если говорить о хронической недостаточности, то здесь успех в лечении данной патологии заключается в своевременном и тщательном обследовании этой категории больных.

Профессор Сергей Бойцов в докладе «От профилактики отдельных болезней к интегрированной профилактике неинфекционных заболеваний» напомнил собравшимся, что уже в конце 50-х годов А.Мясников предлагает своим аспирантам темой изучения распространённость ишемической болезни сердца в нашей стране. Так была обнаружена связь ИБС с употреблением животных жиров и избыточным

уровнем холестерина. В 1959 г. начинаются массовые исследования сердечно-сосудистых заболеваний, в основном – на предприятиях разных городов. Были разработаны критерии дифференциальной диагностики ИБС.

В 1965 г. Мясников обратился в АН СССР с предложением создания отдела по изучению сердечно-сосудистых заболеваний. В 1967 г. начинается изучение распространённости ИБС на случайной выборке в Бауманском районе Москвы. Впервые были получены чёткие параметры распространения ИБС, артериальной гипертонии, повышенного уровня холестерина и других факторов риска среди населения. В это же время создаются критерии диагностики инфаркта миокарда и мозгового инсульта, давшие сведения для организации и оказания качественной медицинской помощи. Начался отсчёт практической кардиологии.

В 1975 г. были созданы когорты врачей для отслеживания факторов риска в различных городах. Было отмечено, что основным фактором риска ИБС и мозгового инсульта является артериальная гипертония. В 1974 г. Чазовым был создан отдел профилактической и социальной кардиологии, из которого впоследствии вырос Институт профилактическои медицины. Кроме того, были разработаны программы профилактики ИБС и гипертонии среди детей. Наблюдалась значительная динамика в сторону уменьшения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, снизилось количество инсультов.

В 1982 г. был создан Институт профилактической кардиологии. В 2002 г. в стране, по инициативе Чазова, стартовал проект «Артериальная гипертония». Были получены важные данные по частоте распространённости артериальной гипертонии, по контролю АД среди всех больных и среди тех, кто интенсивно лечится.

В центре все эти годы проводилась отработка политики и стратегии лечения неинфекционных заболеваний, в том числе сахарного диабета и болезней

лёгких. В 2013 г. стартовала программа диспансерного обследования населения. Была получена возможность моделировать ситуации в кардиологии на популяционном уровне.

Академик РАН Ростислав Карпов свой доклад «Кардиология в Сибири: трансляционная направленность научного поиска» начал с того, что Сибирский институт кардиологии (филиал центра) был открыт 26 октября 1979 г. в Томске. Сразу была создана программа по разработке организационных и научных методов повышения эффективности кардиологической службы в Сибири, которая, как известно, представляет собой огромные, труднодоступные территории. А также здесь крайне низкая плотность населения - до 1 человека на 1 м². Немедленно был создан отдел профилактической кардиологии, а первый кардиодиспансер был открыт в 1983 г. в Томске. Сразу стало понятно, что решить проблему кардиологии в Сибири без мобильных форм оказания медицинской помощи невозможно. Был переоборудован теплоход в мобильную систему кардиологической помощи населению, который много лет способствовал выполнению этой программы. Также появились специально переоборудованные автобусы, поезда, которые до сих пор активно внедряются в практику.

Потом возникла идея создания отдела по изучению условий вахтового труда в разрезе кардиологии на Крайнем Севере и в Тюмени, который успешно развивается как филиал Сибирского института кардиологии. Сегодня в Томске существует Сибирский аритмологический центр, для которого был создан современный электронный комплекс для исследования электрофизиологии сердца и который сегодня внедрён более чем в 40 центрах РФ.

Был поставлен вопрос и внедрения в практику технологий тромболитической терапии. Но стало понятно, что нужен догоспитальный тромболизис, с внедрением которого летальность существенно снизилась. А в 1990 г. был открыт Центр детского сердца, где выполняются уникальные операции. Так что жители Сибири сегодня могут получать высокотехнологичную медицинскую помощь в полном объёме, не выезжая за пределы округа.

Академик РАН Ренат Акчурин в докладе «30 лет сердечно-сосудистой хирургии в рамках 70-летия кардиоцентра» напомнил, что микрохирургия сердца начиналась в подвале больницы № 51. Тогда впервые на крысах был применён эндотрахеальный наркоз. При этом все инструменты и микроскопы приходилось делать самостоятельно. В первую очередь были созданы коронарные микроинструменты и микроскоп, дающие возможность выполнять сложные операции.

Сейчас микрохирургов обучают в течение 3-5 дней: это и

эксперимент, и оперирование на сердце животных, и чтение лекций. В результате находятся приверженцы кардиоцентра – реконструктивная микрохирургия обычно предпочтительнее, чем обычная сосудистая микрохирургия.

Больной в операционной находится не более 3,5-4 часов, а возрастной диапазон 60-летних пациентов по физическим показателям теперь приравнен к 40-летним. Значительно возросло количество операций до 700 в год с искусственным кровообращением, не считая гибридных и сосудистых операций. Гибридные операции начаты в 2009 г. – благодаря выносу на экран компьютера всех данных была получена возможность навигации внутри сердца, что даёт возможность чётко размещать клапан с учётом расположения

В 70-е годы выполняется первое внутрисердечное кардиологическое исследование, начинается изучение механизма развития различных форм аритмий. С этого профессор Сергей Голицын начал свой доклад «Нарушение ритма сердца: от развития методов диагностики к новым средствам лечения». В начале 80-х годов начато исследование новых отечественных антиаритмических препаратов. В 2003 г. присуждена Государственная премия за создание препарата нибентан.

С прошлого года начато внедрение неинвазивного электроанатомического картирования с использованием 224 каналов записи, что позволяет получить картину желудочков сердца. Метод даёт возможность сокращать время исследования, снизить нагрузку на пациента и персонал.

Более 15 лет создаётся база данных пациентов с рецидивирующей потерей сознания при аритмиях, разработан алгоритм причин потери сознания, которые иногда доходят до 95%. Этот алгоритм позволяет в 5 раз снизить объём инструментального вмешательства при антистатических обмороках.

Остановка дыхания во время сна в течение 45 секунд провоцирует серию повторных остановок сердца. На сегодняшний день разработан алгоритм диагностики и лечения такой категории больных и получено разрешение их применения у этих пациентов, что позволяет обходиться без трансплантации электрокардиостимуляторов.

Закончить этот материал хотелось бы словами академика Чазова: «Что нас ждёт в будущем? Прежде всего, конечно, разработка инноваций, создание новых методов лечения и диагностики, расширение научных поисков на основе экспериментальных исследований и производство лекарственных средств. И постоянное движение вперёд».

Вячеслав СВАЛЬНОВ, корр. «МГ».

Москва.

Особый случай

Татьянино чудо

Кардиохирурги изъяли опухоль прямо из сердца

31-летняя челябинка Татьяна Сиражева поступила в Челябинскую областную клиническую больницу в крайне тяжёлом состоянии из ОКБ № 3, куда обратилась после длительного домашнего самолечения.

Одышка, кашель и повышенная температура показались женщине обычной простудой. Сиропы от кашля и мятные таблетки не помогли. Тогда Татьяна решилась на визит к участковому терапевту. Пациентку госпитализировали и начали обследовать. Диагноз превзошёл самые худшие предположения: в левом желудочке сердца обнаружилось огромное новообразование, которое заполнило изнутри всю половину главной мышцы человеческого организма. Потребовалась срочная открытая операция небывалой сложности, которую провёл кардиохирург центра сердечнососудистой хирургии Челябинской ОКБ Михаил Нуждин.

- Опухоль оказалась рыхлой и склонной к саморазрушению, в результате чего фрагмент ткани попал в кровоток и ушёл в артерию, которая питает нижние конечности, - рассказал доктор Нуждин. - Мы его оттуда извлекли. Потом освободили сердечную мышцу от самой опухоли. На наше счастье, она оказалась доброкачественной».

В ходе оперативного вмешательства выявилась проблема с сердечным клапаном - освобождённое от опухоли сердце



Ювелирная работа

пропускало в артерию слишком мало крови. Хирурги провели реконструкцию клапана. Заменять его не стали, но кое-какие искусственные детали добавили, восстановив тем самым нормальный кровоток. Из оперблока пациентку отправили в кардиореанимацию, где она некоторое время наблюдалась.

- Конечно же, это настоящее чудо! – делится эмоциями заведующий отделением сосудистой хирургии Владимир Владимир-

ский. - Чудо не в том смысле, что всё произошло неожиданно для нас, нет: мы были готовы, пациентку ждали, сразу же провели все необходимые манипуляции, оперировали 6 часов. Но сам факт, что она, несмотря на



«Сотворивший чудо» Михаил Нуждин

такой диагноз, выжила и встала на ноги - вот это чудо. Я каждый день стараюсь забежать к ней в палату, посмотреть, как там Татьяна. Она улыбается, и у меня душа радуется.

Сейчас Татьяну Сиражеву перевели в обычную палату сердечнососудистого отделения. Пациентка самостоятельно передвигается по коридору и общается по телефону с семьёй – 4-летним сыном, 12-летней дочерью, мужем и родителями.

- Я полностью пересмотрела своё отношение к жизни, - заявила Татьяна, - поняла, что нужно больше времени уделять своим близким, чаще общаться с детьми и не отказывать в помощи никому, кто о ней попросит.

Детей в больничную палату Татьяна приводить запретила чтобы не видели маму такой беспомощной. После стационарного лечения и длительной реабилитации Таня намерена снова вернуться на работу - в детский сад, где она трудится помощником воспитателя.

Наталья МАЛУХИНА.

Челябинск.

Пресс-конференции

Как спасти пациента, у которого случился инфаркт? Сколько времени есть у врача для оказания эффективной помощи? Какую тактику должны выбирать медики в каждом конкретном случае? На эти и другие вопросы ответили журналистам глава отделения скорой помощи и медицинского сопровождения университетской клиники г. Лилль (Франция) Патрик Гольдштейн и ведущий научный сотрудник Института клинической кардиологии им. А.Л.Мясникова доктор медицинских наук Игорь Жиров.

Важность и необходимость подобной беседы подтверждается тем, что ежегодно в России инфаркт миокарда выявляется почти у 200 тыс. человек, из них около 67 тыс. погибают, причём половина из них - в течение первых 2 часов. Задача медиков, а также пациентов и их родственников – не допустить подобного

Профессор Гольдштейн наглядно продемонстрировал, что именно происходит с организмом во время инфаркта и какие «окна» есть у врачей для того, чтобы спасти пациента и минимизировать риск развития осложнений.

– В 95% случаев причиной инфаркта миокарда становится тромб в коронарной артерии, изза которого нарушается крово-

Где оно, «окно» для сердца?

В поисках оптимальных вариантов спасения пациентов после инфаркта

снабжение сердца. Основной задачей терапии острого инфаркта миокарда является восстановление кровообращения в самое ближайшее время, поскольку уже через 4-6 часов после появления симптомов большая часть повреждённого миокарда погибает, - отметил он. - При первом медицинском контакте огромную роль играет правильно интерпретированная ЭКГ. При подтверждении диагноза в 12 первых часов от начала заболевания пациенту необходимо остановить окклюзию сосуда и восстановить коронарный кровоток, в идеале – провести первичное чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) со стентированием, при условии, что процедура может быть выполнена опытным оператором в течение 120 минут от момента первого врачебного контакта. Важно помнить: за каждой просроченной минутой стоит гибель

По словам Патрика Гольдштейна, в Европе перед специалистами уже не стоит вопрос, делать или не делать догоспитальный тромболизис пациенту с инфарктом. Если противопоказаний нет. а своевременное ЧКВ невозможно, его выполняют обязательно. Отмечено, что у больных с догоспитальным тромболизисом, проведённым в течение 2 часов от начала появления симптомов. уровень смертности снижается до 2,7%.

Таким образом, тромболитическая терапия на догоспитальном этапе, выполненная в пределах 2 первых часов от начала заболевания, является наиболее эффективным и доступным методом раннего восстановления кровотока при остром инфаркте миокарда. Тромболизис, проведённый до 180-й минуты, спасает 50 жизней из тысячи человек, а до 60-й минуты - 80 жизней.

 В последующем пациенту следует провести ангиографию и решить вопрос о необходимости ЧКВ, но в этом случае фактор времени уже не играет критической роли, - добавил он и напомнил, что именно чрескожное коронарное вмешательство со стентированием является настоящим спасением для таких пациентов. Однако, поскольку счёт идёт на

минуты, даже в Париже врачи скорой помощи, не уверенные, что довезут пациента вовремя через пробки, зачастую применяют единственный альтернативный метод - тромболитическую терапию.

Что уже говорить о России, с её большой территорией, плотностью населения и затруднённой транспортной доступностью!

 Стент и тромболитик не соперники на боксёрском ринге. Речь идёт не о противопоставлении, а о формировании общего метода - фармакоинвазивного подхода. - отмечает Игорь Жиров. - В случае невозможности проведения первичного чрескожного вмешательства тромболизис позволяет значимо улучшить клинические исходы у пациентов с острым инфарктом миокарда и подъёмом сегмента ST на электрокардиограмме.

Игорь Витальевич рассказал также, что первый тромболизис в России был выполнен 54 года назад академиком Евгением Чазовым в созданном им кардиоцентре, который сейчас стал крупнейшим в стране - Российский кардиологический научнопроизводственный комплекс. Если же говорить о сегодняшнем дне, то, по его словам, за последние годы в стране осуществлён настоящий прорыв в лечении сердечно-сосудистых заболеваний. В рамках федеральной программы, стартовавшей в 2008 г., созданы сосудистые центры практически во всех субъектах Федерации; в декабре 2013 г. Минздравом утверждены федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению хронической и острой сердечной недостаточности, разработанные с помощью Общества специалистов по неотложной кардиологии; появилось новое оборудование

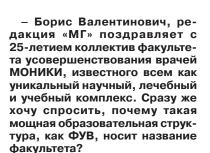
Благодаря этому можно говорить об улучшении показателей заболеваемости и смертности, но ситуация остаётся по-прежнему очень серьёзной. Тем более что инфаркт всё чаще регистрируют у молодых трудоспособных пациентов...

> Алёна ЖУКОВА, корр. «МГ».

Москва.

Только за март — апрель 2015 г. медицинскую помощь в Московском областном научно-исследовательском клиническом институте им. М.Ф.Владимирского (МОНИКИ) получили около 50 тыс. человек. В клинических отделениях пролечено более 5 тыс. Сделано около 4 тыс. операций. В консультативно-диагностическое отделение обратились более 35 тыс. человек. Проведено около 51 тыс. консультаций и более 540 тыс. исследований.

Одновременно с такой серьёзной лечебной работой МОНИКИ решает ещё и проблемы последипломного образования, тем самым занимая особое место в ряду медицинских учреждений Российской Федерации. Факультет усовершенствования врачей (ФУВ) МОНИКИ, созданный в 1990 г., отмечает в этом году 25-летний юбилей. В связи с этой датой заместитель директора института по учебной работе, декан ФУВ, доктор медицинских наук, профессор Борис АГАФОНОВ рассказал корреспонденту «МГ» доктору медицинских наук Наиле САФИНОЙ о деятельности факультета в сфере дополнительного профессионального образования.



- Вероятно, не все помнят истинное значение слова «факультет». В переводе с латинского оно означает «способности и возможности», что мы и стараемся реализовать в полной мере в отношении как слушателей, так и преподавателей. В высших учебных заведениях ряда стран учебные подразделения, соответствующие факультетам, могут называться департаментами, институтами, колледжами - да как угодно. И наш факультет можно было бы обозначить институтом, тем более что это сейчас так модно переименовывать институты в академии, академии в университеты и т.д. Рамки факультета нас не ограничивают, а наоборот, даже дают положительную динамику расширения своего состава. В настоящее время наш факультет включает 24 кафедры, 9 курсов и представлен опытными профессорско-преподавательскими кадрами, среди которых 4 академика РАН, 41 профессор, 73 доктора медицинских наук, 86 доцентов и кандидатов медицинских наук.

Далеко не каждый даже крупный научный центр федерального значения даёт возможность своим сотрудникам совмещать клиническую и образовательную деятельность...

Вот в этом-то и состоит наша уникальность. Кафедры располагаются в стенах знаменитого научно-исследовательского института, сотрудники которого являются одновременно и клиницистами. и учёными, и преподавателями. Наш факультет – это первый опыт в Российской Федерации создания учреждения дополнительного профессионального образования на базе научно-исследовательского института. Последующие годы работы факультета показали высокую эффективность концентрации в одном учреждении научной, лечебной и образовательной деятельности. И только спустя 17 лет выхолом в свет фелерального закона было признано целесообразным распространить подобную форму работы в научных учреждениях в масштабах страны. Начав с открытия 5 кафедр и 8 курсов, к настоящему моменту факультет усовершенствования врачей разросся до масштабов, сопоставимых с институтами повышения квалификации.

Подготовка медицинских кадров проводилась фактически на протяжении всей истории нашего учреждения, начиная со времён Старо-Екатерининской больницы, которая являлась клинической базой для обучения студентов медицинского факультета Московского Императорского университета. Последипломное обучение врачей стало проводиться после организации в 1923 г. клинического института для врачей. В созданном институте повышали квалификацию врачи Москвы и Московской области. Традиции подготовки врачебных



сказать, что ФУВ МОНИКИ действительно стал центром последипломной подготовки медицинских работников Московской области и строит свою работу в тесном взаимодействии с Министерством здравоохранения Московской области, рассматривая областное здравоохранение как базу для продвижения идеи непрерывного послевузовского образования. Поэтому не случайно из общего числа врачей Московской области, получивших последипломную подготовку, 75% обучались на факультете усовершенствования врачей МОНИКИ. Более 20 крупных лечебных областных учреждений

верситет и проводить дистанционное обучение большого числа слушателей, автоматизировав при этом весь учебный цикл – от приёма заявок до отметки о выдаче итогового сертификата. Внедрение телекоммуникационных технологий дало возможность расширить доступность к учебным материалам, проводимым в дистанционном режиме. Данные технологии позволяют формировать систему непрерывного медицинского образования.

На факультете проводится работа по контролю качества образовательного процесса, который включает: учебно-методическое

Авторитетное мнение

Наш факультет — это возможности и способности

В этом уверены на ФУВ МОНИКИ им. М.Ф.Владимирского после 25 лет его существования

кадров поддерживались и в последующие годы.

На факультет возложены функции по последипломному профессиональному образованию врачей и средних медицинских работников Московской области по программам основного и дополнительного профессионального образования: интернатура, ординатура, аспирантура; профессиональная переподготовка; повышение квалификации. На сегодняшний день мы имеем право на подготовку научных кадров в аспирантуре по 22 специальностям, в клинической ординатуре по 35 специальностям, профессиональную переподготовку по 32 специальностям, повышение квалификации по профилю программ ординатуры и профессиональной подготовки. Для рассмотрения основных вопросов деятельности факультета сформирован учёный совет факультета из числа заведующих, профессоров и доцентов кафедр, руководителей других структурных подразделений института. Профессорско-преподавательский состав института составляет 340 человек. Штатных преподавателей - 96 человек, а штатных совместителей - 244. Доля лиц с учёными степенями и званиями составляет 80%.

В целях повышения качества образования и совершенствования методического руководства образовательной деятельностью, осуществляемой в институте, в учебном процессе участвуют ведущие специалисты отрасли, занимающие должности заведующих кафедрами и профессоров, преподаватели, имеющие учёное звание профессора, доцента по кафедре, являющиеся главными специалистами Минздрава Московской области, главные и ведущие научные сотрудники института, руководители структурными подразделениями, заведующие отделениями, руководители лечебно-профилактических учреждений Московской области.

В образовательном процессе в качестве практических баз используется весь потенциал области, в частности, Московский областной научно-клинический институт акушерства и гинекологии (кафедра акушерства и гинекологии), Мо-

сковский областной клинический центр восстановительной медицины и реабилитации (кафедра восстановительной медицины и медицинской реабилитации) и др. Преподаватели факультета сами регулярно повышают свою квалификацию, в том числе в рамках проводимых в институте конференций, семинаров по актуальным вопросам медицинской науки, тематических школ. Кроме того, проходят подготовку по специальным программам дидактики и новых технологий в образовании.

Вы рассказываете о ФУВе с присущей вам сдержанностью, а меня, например, цифры отчётной деятельности факультета за последние 3 года просто ошеломляют!

- Да, только за последние 3 года в интернатуре, клинической ординатуре и аспирантуре прошли обучение 1261 человек. В интернатуре обучились 374 врача по 19 специальностям. Обучение врачей в интернатуре проводится как в клинических подразделениях МОНИКИ, так и в базовых ЛПУ области, утверждённых Минздравом Московской области. В клинической ординатуре на базе института проходили обучение 736 врачей по 35 специальностям. В аспирантуре обучался 151 врач. Среди окончивших обучение в аспирантуре 80% защитили кандидатские диссертации. За этот же период на факультете повысили квалификацию по программам общего и тематического усовершенствования 18 302 человека, профессиональной переподготовки - 2369 человек. Профессиональная переподготовка, как мне кажется, является наиболее ответственной формой дополнительного профессионального образования и в среднем на факультете составляет 10-12% от общего числа обучающихся. Тем не менее потребность в профессиональной переподготовке специалистов для Московской области остаётся высокой в связи с происходящими миграционными процессами в стране. Ведь по некоторым данным 7.5-миллионное население Московской области в период весна-осень возрастает до 12-13 млн человек.

Подводя итоги за четверть века существования факультета, можно

в соответствии с заключёнными договорами являются частью кафедр, реально воплощая единство подхода образовательного процесса факультета и практического здравоохранения.

Учебно-методическая работа факультета строится в соответствии с требованиями Министерства образования РФ, программы профессиональной переподготовки и повышения квалификации разрабатываются на базе общепрофессиональных и специальных дисциплин государственных образовательных стандартов высшего профессионального образования. Содержание учебных программ отвечает принципу последовательности и системного подхода при обучении специалистов. При планировании кафедрами и курсами факультета учебных циклов и составлении программ учитываются предложения заказчика, то есть Минздрава Московской области, и индивидуальные запросы слу-

Говоря о Московском областном симуляционном тренинг-центре, созданном на базе нашего факультета, нельзя не сказать слова благодарности казанской компании «Эйдос» во главе с уважаемым нами Рамилем Талгатовичем Гайнутдиновым, чей высокоинтеллектуальный продукт великолепно работает на благо практической подготовки врачей по специальностям: скорая медицинская помощь, общая врачебная практика, медицина катастроф, неонатология, акушерство и гинекология. Уже начата подготовка врачей-хирургов и эндоскопистов по видеоэндоскопическим оперативным и диагностическим

Сейчас особо никого не удивишь дистанционными технологиями, а мы начали ими заниматься ещё в 2007 г. Внедрение дистанционных технологий однозначно позволяет интенсифицировать и развивать творческие и интеллектуальные способности врача посредством открытого доступа ко всем информационным модулям программы. В частности, преподавание проводится на основе системы дистанционного обучения Moodle. Система позволяет построить в сети Интернет виртуальный уни-

обеспечение процесса преподавания, оценку соответствия учебных материалов федеральным государственным стандартам, контроль качества практических знаний и умений, мониторинг удовлетворённости качеством подготовки слушателей и рейтинговую оценку деятельности преподавателей кафедр.

Опираясь на традиции отечественной образовательной школы, факультет широко использует зарубежный опыт преподавания, что особенно актуально в свете присоединения нашей страны к Болонской конвенции. Налажены деловые контакты с университетами США, Сербии, Германии и международными организациями (Партнёрство в международном медицинском образовании – ПРАЙМ; Всемирное общество травматологов-ортопедов и др.).

По каждой дисциплине профессиональной образовательной программы в библиотеке и читальном зале института, на кафедрах и в структурных подразделениях факультета имеется достаточное количество обязательной учебной литературы, учебно-методических материалов, а также нормативной и законодательной литературы. Только за последний год было выпущено 27 монографий, 67 учебных пособий, 1006 статей и сделано 639 докладов на конференциях различного уровня.

Именно единство в МОНИКИ мощной лечебно-диагностической базы, научно-исследовательского потенциала и наличие высоко-квалифицированного профессорско-преподавательского состава отвечает насущным проблемам повышения уровня подготовки медицинских кадров, что в конечном итоге определяет качество оказания медицинской помощи населению

Если факультет в переводе с латинского – это возможности и способности, то пусть он остаётся таким навсегда.

 Спасибо. Будем стараться достойно нести своё многообещающее и многообязывающее звание.

Москва

Открытия, находки –

Античный Геродот

На одной из золотых чаш недавно найденного клада из курганного захоронения скифов, не до конца разграбленного охотниками до сокровищ, в мельчайших деталях изображена сцена заклания стариком с коротким луком в колчане на боку более молодого коленопреклонённого то ли врага, то ли пленённого воина. На другой стороне крылатый грифон терзает степное копытное.



Находка ценна сама по себе, но интерес к ней вызван также и тем. что на дне чаши археологи нашли остатки смолки, получаемой из двух степных травянистых растений, об употреблении которых Геродот писал, что «скифы жгут траву, после чего громко кричат». От растения «громких голосов» произошло название наводивших ужас ассасинов, и его курение нахваливал молодому французу герой «Графа Монте-Кристо» А.Дюма. По мнению Э.Джонса, биографа Фрейда, отец психоанализа употреблял продукт из листьев заокеанских кустов.

Более полувека назад сотрудники Научного института Вейцмана в Израиле начали биохимическое изучение смеси веществ в смолке растения, которое мексиканцы наподобие русского «иван-дамарьи» ласково назвали в честь женщины Марии и некоего Иоанна (по-испански Хуана). Благодаря той работе были выделены два психоактивных соединения, названные каннабинолами («-ол» означает масло): ТНС - тетрагидроканнабинол с четырьмя гидроксильными группами -ОН. откуда и название, и CBD - каннабидиол. (Напомним, что не менее активный допамин/дофамин, нехватка которого приводит к болезни Паркинсона, имеет две -ОН.)

В начале 90-х неожиданно для нейробиологов было открыто, что в оболочках нейронов есть белковые рецепторы, а несколько позже был выделен естественный «активатор» мозга с действием, которое сходно с ТНС и СВD. Его назвали анандамид в честь индийской богини Ананды, делающей людей счастливыми. Но это, так сказать, наука, а сегодня уже в 23 штатах и округе Колумбия, где находится Вашингтон, разрешено использование в лечебных целях соответственно выведенных сортов, называемых «медицинской сокровищницей, требующей своего открытия» (как скифского клада в кургане).

В Израиле участниками терапевтической программы уже стали 20 тыс. пациентов с глаукомой и болезнями почек, хроническими воспалениями и анорексией, а также больные астмой, хотя учёные признают, что высокое содержание ТНС вредит развивающемуся мозгу, а у взрослых может вызывать приступы паники и обеспокоенности, не говоря уже о «подталкивании» к развитию шизофрении у персон с генетической предрасположенностью к ней. Поэтому израильтяне категорически против гласа американцев, выступающих за легализацию растения в качестве рекреационного.

Второй центр изучения находится по другую сторону Средиземноморья – в Университете Комплутенсе испанской столицы, в лаборатории которого показали, что каннабинолы напрочь подавили рост мозговой опухоли у трети подопытных крыс, а у другой трети уменьшили её размеры (их действие сходно с известным проти-

вораковым средством темозоломидом). Исследователи признают. что грызуны не люди, поэтому не стремятся обнадёживать их. К тому же мышата, будущие матери которых получали достаточно высокие дозы ТНС, родились с целым набором проблем, связанных с нарушениями координации и общения с сородичами, а также пугающимися всего на свете и буквально застывающими на месте. В то же время анандамид необходим для забывания негативного опыта (о чём писал Фрейд) и периодического «стирания файлов», утерявших свою актуальность. В плане противораковых исследований испанцы участвуют в клинических испытаниях комбинации темозоломида и нового препарата сативекса (на основе ТНС-СВD), проводимых Университетом Лидса (Великобритания).

А в Колорадо-Спрингс лечат детей, страдающих эпилепсией, маслом, добываемым из сорта с низким содержание ТНС, но высоким CBD. Ещё в далёком 1843 г. английский врач У.Шогнесси опубликовал статью о масле, которое прекратило конвульсии у ребёнка. Но врачи далеки от эйфории, поскольку понимают, что отдалённые последствия неизвестны и о них ещё следует узнать. К работе уже подключились молекулярные биологии, надеющиеся в скором времени расшифровать полный геном производителя каннабинолов. В Интернете противостоят друг другу сайты международной ассоциации, члены которой выступают за глубокое изучение вопроса, и британских раковых исследований наряду с Национальным институтом здоровья в вашингтонской Бетесде. Некоторые онкологи согласны, что есть определённая эффективность при лечении отдельных форм опухолей. При клинических испытаниях каннабинолов у 9 человек с глиобластомой мозга вещество вводилось непосредственно в мозг с помощью катетера и получен частичный положительный ответ. Вместе с тем сугубо научные сайты «забиты» самой что ни на есть негативной информацией о вредоносном действии курения «безопасного наркотика», особенно на подростков. У тех же пакистанских ассасинов отмечено отставание в росте и умственном развитии по сравнению с их некурящими сверстниками...

> Игорь ЛАЛАЯНЦ, кандидат биологических наук. По материалам Independent.

помогите грише!



Гриша Колтунов из Ярославля заболел ещё до рождения. У него хроническая почечная недостаточность. Ко всему прочему в декабре прошлого года на обследовании выяснилось, что у малыша имеется клапан в уретре, который затрудняет отток мочи и тем самым губит и без того больные почки. Грише сделали операцию по удалению клапана и стали готовить к будущей пересадке почки. А пока годовалому малышу жизненно необходим аппаратный диализ с использованием циклера. Этот аппарат ещё называют «искусственной почкой». Стоит он 560 тыс. руб. И приобрести его Колтуновы должны самостоятельно. Но таких денег у семьи нет.

Союз благотворительных организаций России просит всех, кто хочет и может помочь Грише Колтунову, перечислить средства на его лечение.

Более подробная информация по тел.: 8 (495) 225-13-16 или на сайте <u>www.sbornet.ru</u>

Платежи в адрес Гриши Колтунова принимаются во всех отделениях Сбербанка России без взимания комиссионного сбора.

Реквизиты:

- Получатель: некоммерческое партнёрство «Союз благотворительных организаций России» ИНН: 7715257832
- Р/С: 40703810287810000000 в Московском филиале ПАО РОСБАНК г. Москва

ГОТВОРИТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ РОССИИ Г

сии» БИК: 044583272 Назначение плате на лечение Гриши I

Назначение платежа: пожертвование на лечение Гриши Колтунова

K/C: 30101810000000000272

г. Москва



Администрация ГОБУЗ «Областная детская клиническая больница» Великого Новгорода срочно приглашает на работу педиатра приемного отделения. Договорные условия оплаты труда 25 тыс. руб. в зависимости от нагрузки. Гарантируются: съемное жильё с частичной оплатой и последующее предоставление служебного жилья или единовременная выплата в размере 500 тыс. руб. на приобретение или строительство жилья (Областной закон от 17.12.2012 г. № 189-ОЗ).

Адрес: **ул. Державина 1, Великий Новгород 173020.** Контактные тел.: **(8162) 63-37-09, 63-41-90** (тел./факс).

llepcnekmuba

Объединяя профессионалов

К концу года во всех странах Европы будет запущено приложение для смартфонов по аналогии с сервисом Инстаграм, предоставляющее возможность врачам делиться друг с другом и со студентами медицинских учебных заведений изображениями клинических случаев.

Примечательно, что данное приложение уже доступно в США, Канаде, Великобритании и Ирландии. Им воспользовались более 150 тыс. докторов.

Итак, для того, чтобы пользоваться сервисом, врачам необходимо предоставить свои идентификационные данные, подтверждающие его статус. Только профессионалы от

медицины имеют возможность размещать фото и комментировать их.

При этом доступа к медицинской или любой другой информации о пациентах сервис не даёт. Лица пациентов автоматически затемняются. Кроме того, пользователи обязаны вручную удалять какие-либо метки, позволяющие установить личность пациента.

Каждое фото, прежде чем быть помещённым в базу данных, проходит контроль модераторов. Эти меры, уверен основатель сервиса доктор Джош Лэнди, гарантируют анонимность и конфиденциальность.

> Ян РИЦКИЙ. МИА Cito! По сообщению ВВС.

Гипотезы

Клетки органов и тканей после выполнения своей функции должны подвергаться апоптозу, за чем строго следят системы, стоящие на страже генома и не допускающие деления клеток с нежелательным грузом мутаций.

Однако некоторые из них всё же обходят контроль (он сам может быть «не без греха»), в результате чего начинается опухолевый рост. И тогда врачи применяют моноклональные антитела (МАТ) против специфических раковых маркёров, появляющихся на поверхности злокачественных клеток.

На встрече Общества клинических онкологов в Филадельфии (18-20 апреля 2015 г.) сотрудники Чикагского и Пенсильванского университетов сообщили о довольно успешном применении антител

Рак и МАТ

(пембролизумаба), 200 мг которых вводили каждые 3 недели 132 пациентам с наличием и без НРV, или вируса папилломы человека. У четверти пациентов наблюдалось значительное уменьшение размеров опухоли, а у 56% она «сморщилась», что в 2 раза лучше, чем лечение платиновым цисплатином в комбинации с антителами сетуксимаб, против рецептора белкового ростового фактора, стимулирующего клеточное деление.

Опухоли, как известно, растут из раковых стволовых клеток, поэтому молекулярные онкологи обращают внимание на статьи о стволовых клетках. В Национальном институте психического здоровья, расположенного в вашингтонском пригороде Бетесда, лечили человека, обуреваемого постоянными мыслями о самоубийстве. Из фолликулов его волос в Станфорде выделили стволовые клетки кожи, которые по своему происхождению сходны с нервными стволовыми. После «направления» развития на путь специализации нервных клеток учёные получили округлые нейросферы, в которых началось образование слоёв, напоминающих кору мозга. Преимущество нейросфер в том. что учёным впервые удалось воспроизвести 3D-структуру мозговой коры, что очень важно для понимания нормальных и патологических процессов развития мозга.

С последними приходится сталкиваться психиатрам, имеющим дело с подростками, страдающими биполярным расстройством с его «полярными» перепадами эмоциональных состояний вплоть до попыток самоубийства. В течение 2 лет психиатры и радиологи Йельского университета с помощью функциональной МРТ следили за развитием мозга 37 юношей и девушек с расстройствами, сравнивая их с таковыми у 35 нормальных одногодков. К сожалению, в первой группе было отмечено уменьшение площади и объёма серого вещества в лобных долях и небольшой извилине под названием «островок».

Вообще-то подростки, как и все люди, по ходу жизни теряют серое вещество, но у тех 37 с биполярным расстройством, что

приняли участие в исследовании, утеря была выражена существенно больше, что и уловил фМРТ, Кстати. при эпилепсии и связанной с нею гиперактивности нейронов, как установили в Университете Лейоа (Испания), наблюдается ускоренная гибель нервных стволовых клеток. Теперь надо искать гены и их белковые продукты, которые сами или их нехватка влияют на развитие нейронов коры в этих специфических отделах мозга, кора которых ответственна за эмоции и их влияние на поведение человека в подростковом возрасте. За эмоции взрослых - агрессию. депрессии - по всей видимости. отвечают другие системы генома, но, возможно, что их корни сидят где-то в более раннем возрасте.

> Иван ЛАРИН. По материалам Cell.

Стальной узел - градообразующий

Здешний климат оказался значительно жёстче природных условий Карелии, где я в сельской местности отработал положенное время после государственного распределения, окончив институт. Зима в Кандалакше длится 7-8 месяцев, а лето короткое и прохладное. Что же до количества солнечных дней, то оно не превышает 25-30 в году. Забегая вперёд, скажу, что суровая среда Севера не могла не сказаться на здоровье подрастающего поколения. У детей были часты простудные заболевания, бронхиты, проявления рахита, анемии, тяжёлые формы воспаления лёгких.

Кандалакшский железнодорожный узел являлся одним из градообразующих предприятий. Он состоял из локомотивного и вагонного депо и различных железнодорожных организаций. Мощность железнодорожной больницы достигала 125 коек, из которых 25 были детские, располагалось учреждение в двухэтажном здании довоенной постройки. Поликлиника находилась в том же здании, на первом этаже и обслуживала всё железнодорожное население, включая детей.

Я поступил на работу в железнодорожную больницу по двум причинам. Во-первых, мне пообещали быстрое решение жилищной проблемы, что для меня с женой было чрезвычайно важным, так как в нашей семье к тому времени появился ребёнок. А во-вторых, я хотел совершенствовать свои профессиональные знания, работая в стационаре.

Первые 3 года я трудился участковым врачом в железнодорожной поликлинике и на полставки совмещал работу ординатора детского отделения. На участке у меня числилось около 700 детей.

Если боли в животе неясные

Обслуживание детей на дому считается наиболее сложным разделом работы участкового врача. При наличии 10-15 вызовов в холодное время года приходилось изрядно помотаться по разным концам города. Я должен был внимательно осмотреть ребёнка, поставить правильный диагноз и назначить необходимое лечение, а в тяжёлых случаях - убедить родителей в необходимости госпитализации их чада. Большие трудности в диагностике представляют дети раннего возраста, когда особенно сложно бывает разобраться с патологией живота у малышей. Причинами болей в животе у них часто являются нарушения питания, поражение кишечника при вирусных заболеваниях, проявления дисбак териоза, острые воспалительные заболевания кишечника.

Приведу пример несвоевременной диагностики острого аппендицита у ребёнка полутора лет.

Я осматривал малыша во вр вечернего вызова. Ребёнок заболел утром. Появились температура до 38°С, затруднённое дыхание носом, небольшой кашель, ухудшился аппетит. Малыш при осмотре капризничал, наблюдалась гиперемия зева. В лёгких изменений я не выявил, но отметил ритмичные учащённые тоны сердца. Живот при осмотре был мягкий, однако при надавливании ребёнок сильно беспокоился. Симптомов раздражения брюшины я не выявил, нарушение стула отсутствовало. Назначил лечение ОРВИ и записал вызов участкового врача на следующий день. Ребёнок наблюдался на дому участковым врачом ещё 3 дня. Данных за острый живот коллега не находил.

На 4-й же день болезни ребёнок по «скорой» был доставлен в хирургическое отделение железнодорожной больницы в тяжёлом состоянии. У него отмечались высокая температура, бледность

кожных покровов, рвота. Только на 2-й день от момента поступления малыша осмотрел хирург, были сделаны анализы крови, мочи, кала. Учитывая тяжесть состояния и патологические изменения со стороны крови, резкое напряжение живота, ребёнка прооперировали. На операции хирурги выставили диагноз: гангренозный аппендицит, разлитой перитонит.

локализовать воспалительный процесс в брюшной полости.

Приведу ещё два нетипичных случая течения острого аппендицита, на этот раз у детей старшего возраста. В воскресный день ко мне обратились за помощью знакомые железнодорожники с просьбой осмотреть их 6-летнего ребёнка. Мальчик лечился в течение четырёх дней на дому с

снижалась, беспокоили боли в животе, отмечалась однократная рвота. При осмотре выявились воспалительные изменения миндалин, наблюдалось обложение языка, суховатого на ощупь, белым налётом, сердце же и лёгкие функционировали без особенностей. Что до живота, то я его нашёл умеренно напряжённым и болезненным при пальпации. Симптомы

оперировали по поводу острого аппендицита с нетипичным расположением отростка – в забрюшинном пространстве, диагноз ему был поставлен только на 3-й день заболевания.

Учитывая данные анамнеза, я направил ребёнка в хирургическое отделение нашей больницы с диагнозом «острый аппендицит» под вопросом, предупредив хирурга

Далёкое — близкое

Где всегда светило остывшее, как худая грелка

Там уже 100 лет считают за везение лечиться в Кандалакшской «железке»

Город Кандалакша расположен за Полярным кругом. С трёх сторон его окружают высокие сопки, поросшие лесом, а с юга подступает Кандалакшский залив Белого моря. Это очень живописное место с множеством островов. В Кандалакшском заповеднике в своё время работал Виталий Бианки, написавший замечательную книгу об уникальном животном и растительном мире этого уголка нашей страны. О соединении железной дорогой здешних мест с центральными районами страны впервые заговорили в конце XIX века, но приступили к строительству участков Петрозаводск – Сорокская бухта, затем – Кандалакша – Мурманск, и наконец, Сорокская бухта – Кандалакша только в 1915 г. Тогда же началось сооружение железнодорожной больницы, она приняла первых рабочих и служащих 15 октября. В преддверии 100-летнего юбилея

узловой больницы на станции Кандалакша Октябрьской железной дороги (главный врач — Лариса Лазарева) корреспондент «Медицинской газеты» Владимир КЛЫШНИКОВ попросил поделиться воспоминаниями с нашими читателями старейшего педиатра Заполярья Станислава КАРАСЁВА, многие годы служившего в этом учреждении, чьё имя жители города до сих пор произносят вслух с благоговением. Ему, выпускнику Ивановского медицинского института 1964 г., отличнику здравоохранения, почётному железнодорожнику есть чем поделиться с нынешней медицинской порослью, размышляя о пережитом, проводя параллели с днём настоящим... Клинические же случаи, которые по просьбе редакции приводит Станислав Викторович, на наш взгляд, придают особую практическую ценность монологу.



Станислав Карасёв, 1980-е годы

Прооперированному назначили массивную антибактериальную и дезинтоксикационную терапию. Но положительной динамики заболевания добиться не удалось, и ребёнка санитарным бортом перевезли в Мурманск, в детскую областную больницу. Течение заболевания было тяжёлым, и через 3 дня пациент умер.

Этот случай подвергся подробному разбору на врачебной конференции. Причиной летального исхода стали неправильная диагностика острого аппендицита, поздняя госпитализация и несвоевременная хирургическая помощь ввиду низкой квалификации участкового врача. При любых неясных болях в животе маленького ребёнка его необходимо срочно госпитализировать в стационар для круглосуточного наблюдения. Особенностями течения острого аппендицита у малышей является стёртая клиника болезни и бурное течение из-за несовершенства защитных сил организма. У маленьких детей брюшную полость покрывает короткий сальник (жировой фартук), который в отличие от сальника взрослых не может диагнозом «лакунарная ангина». Он получал антибиотики, аспирин, полоскание горла, но температура тела, несмотря на лечение, не раздражения брюшины выражены были слабо. Несмотря на неубедительную клинику острого живота, я настоял на госпитализации ребёнка в хирургическое отделение ЦРБ. Мальчик был прооперирован с диагнозом «острый аппендицит на фоне лакунарной ангины». Течение заболевания в дальнейшем было благоприятным, и по выздоровлении ребёнок выписался из больницы.

Во втором случае я по просьбе друзей осмотрел их 7-летнего сына с жалобами на боли в животе. Ребёнок лечился в течение 3 дней амбулаторно у участкового врача с диагнозом «ОРВИ». Осмотр показал, что состояние ребёнка удовлетворительное, аппетит снижен, температура 37,5°C, язык обложен у корня белым налётом. Поскольку живот при пальпации был безболезненный, а симптомы раздражения брюшины отсутствовали, диагноз острого живота вызывал большие сомнения. Из расспроса родителей выяснилось, что отца ребёнка 2 года назад проо возможном нетипичном расположении отростка. После взятия анализа крови у юного пациента, в котором отмечался высокий лейкоцитоз, его положили на операционный стол. Диагноз «острый аппендицит» был подтверждён, как и моя гипотеза о расположении отростка в забрюшинном пространстве, что и явилось причиной трудности диагностики.

В данном случае дополнительно собранный анамнез сыграл решающую роль в точной диагностике заболевания.

Зачем педиатру учебник по рентгенологии?

Каждое утро я проводил осмотр и лечение детей в стационаре. У меня было 3 палаты, в каждой из которых находилось по 4 ребёнка разного возраста. Заведующим отделением в то время была педиатр с большим стажем, которая оказывала мне консультативную и организационную помощь в лечебном процессе. В 1960-е годы



Больница железнодорожников сегодня

заболеваемость детей, особенно раннего возраста, достигала очень высоких пределов. Неблагополучная эпидемиологическая обстановка в одном из родильных домов, являвшимся структурным подразделением ЦРБ, привела к массовому заражению детей стафилококковой инфекцией. В этот период в городе умерли от септических заболеваний 5 новорождённых. У детей часто выявлялись стафилококковые поражения кишечника, кожи, лёгких. Борьба с этой тяжёлой патологией требовала больших усилий со стороны медиков.

Приведу пример подобного заболевания у ребёнка, который лечился в детском отделении железнодорожной больницы в первый год моего приезда в Кандалакшу.

Мальчик полутора лет поступил к нам в период эпидемии гриппа, на 5-й день заболевания. Суммировав жалобы на высокую температуру, отдышку, вялость, плохой аппетит и непродуктивный кашель, ему был выставлен предварительный диагноз «постгриппозная пневмония». Назначенное лечение включало введение двух антибиотиков, приём сердечных симптоматических средств. Помимо того больному проводилась дезинтоксикационная терапия. На рентгенограмме грудной клетки при поступлении убедительных данных за пневмонию, по заключению рентгенолога, не оказалось. Несмотря на массивную терапию, состояние ребёнка прогрессивно ухудшалось. Больной продолжал лихорадить, нарастала отдышка, появились выраженный цианоз, кряхтящее дыхание, беспокойство. На сделанной через 3 дня повторной рентгенограмме в правом лёгком был выявлен уровень жидкости, что способствовало установлению нового диагноза: «стафилококковая пневмония, правосторонний плеврит, дыхательная недостаточность 3-й степени». После осмотра хирургом ребёнку был выполнен дренаж плевральной полости, в результате чего было получено приблизительно 60 мл гноя, и в полость ввели антибиотик. Мальчика ввиду тяжести состояния и отсутствия необходимых условий по выхаживанию тяжелобольного отправили для дальнейшего лечения в детское отделение областной больницы. На данном переводе сильно настаивали и родители ребёнка.

Конец у этой истории болезни вполне благополучен. По выписке через 3 недели с клиническим выздоровлением мальчик наблюдался на моём участке, ему был продлён домашний режим до 3 лет, проводилось общеукрепляющее лечение в амбулаторных условиях. При анализе рентгеновских снимков я отметил незначительное затемнение правого синуса в лёгких на первом снимке, который не был диагностирован рентгенологом, что и привело к поздней диагностике тяжёлого осложнения.

Стафилококковая пневмония у детей протекает тяжело, так как возбудитель разрушает ткань лёгкого, формируется абсцесс, который нередко приводит к возникновению гнойного плеврита и требует экстренного хирургического лечения. После этого случая я купил учебник по детской рентгенологии, тщательно изучил его, и в дальнейшем все рентгеновские снимки просматривал сам, совместно с рентгенологом выставляя окончательный диагноз.

В 1972 г. был введён новый корпус железнодорожной больницы на 240 коек, в котором на первом этаже развернули детское отделение на 40 коек. Площадь отделения увеличилась в 4 раза. заметно преобразились условия пребывания детей в стационаре, а также условия работы медицинского персонала. Я был назначен заведующим детским отделением. В связи с увеличением штатов встала задача подобрать дополнительный персонал. Это был сложный процесс, так как к кандидатам я предъявлял высокие требования.

Какие качества я считал обязательными для сотрудников, которым надлежит изо дня в день соприкасаться с больными малышами и подростками? Конечно, любовь к детям, профессионализм, высокую исполнительскую дисциплину, честность.

Для ведения педагогической работы с больными детьми мы выделили ставку воспитателя за счёт сокращения ставки медицинской сестры. Опытный педагог создала на «казённых» площадях домашнюю обстановку. В свободные от лечения часы дети занимались в игровой комнате, укомплектованной всем необходимым для познавательного и

ную температуру (37,3-37,6°C), вялость, плохой аппетит ребёнка. При осмотре были выявлены явления дистрофии, он находился на искусственном вскармливании. На коже малыша имелись высыпания фурункулёзного характера, опрелости. Данных за пневмонию не было. Между тем в отделяемом материале гнойничков, зева и в посеве крови специалисты лабораторной службы выявили золотистый стафилококк, и ребёнку поставили диагноз: «сепсис, вялотекущее течение, кожная форма», назначив антибиотики резерва, то есть широкого спектра действия, антистафилококковый гаммаглобулин, витамины, стимуменя направили на курсы повышения квалификации по актуальным вопросам педиатрии в Ленинградский ГИДУВ. Тогда я получил ответы на многие интересующие меня вопросы, узнал о новых принципах лечения различных заболеваний у детей. В дальнейшем я каждые 3-5 лет ездил на учёбу. Темы курсов были самыми разнообразными: «Пульмонология и заболевания сердца», «Врождённые пороки развития ребёнка». «Заболевания желудочно-кишечного тракта», «Эндокринные болезни», «Заболевания почек» и др. Участие в последипломных образовательных программах, регулярное обращение к новинкам практической



Белое море в районе Кандалакши. Редкий погожий день...

полезного времяпрепровождения. Доброжелательное отношение к детям, здоровый микроклимат в отделении способствовали успешному выздоровлению маленьких больных.

Должность заведующего детским отделением не была «сахарной». В наше отделение частенько поступали дети из неблагополучных семей с запущенными заболеваниями. В мою задачу входило не только лечение основного заболевания у ребёнка, но и устранение сопутствующей патологии, как-то: рахита, анемии, аллергического диатеза, недостаточности питания и др. Для предупреждения распространения вирусных заболеваний среди выздоравливающих детей все острые больные временно помещались в полубоксированные палаты – изолятор на 6 коек. Маленьких детей мы госпитализировали вместе с их мамами, для пребывания которых в отделении было развёрнуто дополнительно 3 койки. Родители с малышами находились круглосуточно, они обеспечивались питанием и сменной олежлой.

После лечения острого периода ОРВИ больные дети переводились в палаты по возрастам, которые заполнялись в течение 2-3 дней. Строгое соблюдение санэпидрежима в отделении позволяло предупреждать перекрёстные вирусные инфекции, к которым особенно восприимчивы ослабленные и дети раннего возраста. В результате этих мероприятий сроки пребывания ребёнка в детском отделении были небольшими и постоянно уменьшались. Несмотря на проводимую профилактическую работу в разгар эпидемии гриппа не удавалось избежать заноса этой инфекции в детское отделение.

В период формирования нового коллектива отделения, буквально в первые месяцы моего пребывания на должности заведующего, произошёл трагический случай гибели младенца. В начале зимы к нам поступил 5-месячный мальчик. Родители жаловались на субфебриль-

лирующие средства, обработку

кожи фуксином. Больного осмотрел и хирург, который после консультации обработал ему гнойники. Несмотря на комплексное лечение, улучшения не наблюдалось. Субфебрилитет, вялость, плохой аппетит, бледность кожных покровов сохранялись, вдобавок появился жидкий стул. От перевода в областную больницу родители категорически отказались. Я продолжал активное лечение ребёнка, поместив его вместе с мамой в отдельную палату. Прошло две недели с момента госпитализации больного. как меня срочно вызвали ночью в отделение. Состояние мальчика резко ухудшилось. Он не дышал, тоны сердца не прослушивались, отмечался развитой цианоз кожных покровов. Реанимационные мероприятия не дали должного результата. Вскоре мы констатировали смерть больного. Вскрытие установило причину внезапной смерти – асфиксия рвотными массами. Мать положила на ночь ребёнка с собой на кровать и крепко уснула, не заметив рвоты малыша, а ночной персонал, понадеявшись на опеку родительницы,

не проконтролировал ситуацию. Родители ребёнка предъявили претензии к качеству лечения и написали жалобу в городской суд. Следствие продолжалось около 4 месяцев и стоило мне многих бессонных ночей. В результате следователь не нашёл состава преступления в наших действиях и прекратил дело. Мы разобрали этот случай на врачебной конференции, где были вскрыты причины допущенных упущений. С персоналом отделения я провёл дополнительное занятие по организации правильного ухода за малышами.

Надёжная опора - плечо сослуживца

Шёл второй год моего заведования детским отделением, когда

медицины в публикациях специальных журналов, «Медицинской газеты» повышало мои знания в педиатрии и приводило к большей уверенности в себе. Хотя, впрочем, я всегда помнил заповедь древних мудрецов, которая гласит: «Не будь ни в чём уверен до конца». Другими словами, если экстраполировать смысл сказанного на врачебную профессию: появились хоть малейшие сомнения в выставленном диагнозе – не следует пренебрегать помощью более опытных коллег.

За время моей работы в железнодорожной больнице на станции Кандалакша у нас сложился дружный и работоспособный коллектив. В нём трудились специалисты с большой буквы, большинство из них имело высшую и первую квалификационную категорию по своей специальности. Мы всегда подставляли плечо друг другу.

При поступлении тяжелобольного пациента заведующие отделениями и узкие специалисты немедленно оказывали консультативную помощь, совместно составляли план ведения больного. Они не боялись взять на себя ответственность за судьбу пациента. Коллеги откликались на мой тревожный звонок в любое время суток.

Перед началом ночного дежурства все врачи приходили в детское отделение знакомиться с состоянием тяжелобольных детей. Мы вместе осматривали больного, обсуждали тактику лечения при ухудшении клинической картины. В подавляющем большинстве медицинский персонал больницы внимательно относился к жалобам пациентов, неукоснительно соблюдал этику и деонтологию медицинского работника, старался своевременно устранить недостатки в обслуживании больных. Поэтому многие жители Кандалакши, находившиеся на учёте в городских поликлиниках, считали за везение лечиться именно в «железке».

Кроме того, нашим пациентам были созданы хорошие условия пребывания. Они лежали не ску-

ченно, а в небольших палатах, получали разнообразное лечебное питание. Надо отдать должное руководству больницы, которое всегда оперативно реагировало на просьбы и предложения сотрудников учреждения по организации лечения и быта больных.

В отделении мы вели детей с самой разнообразной патологией. У многих ребятишек выявлялась сопутствующая патология носоглотки, поэтому лор-врач Лилия Ильинична Фирсова регулярно осматривала вновь поступивших, планировала при необходимости комплексное лечение.

Своевременный осмотр носоглотки, санация хронических очагов инфекции сокращали время пребывания в стационаре. Иногда консервативное лечение оказывалось безрезультатным, и мы назначали оперативное лечение детям в период реконвалесценции, то есть стихания заболевания. Детям проводилось дополнительное обследование, затем следовали медикаментозная подготовка и оперативное лечение в хирургическом отделении. Дальнейшее лечение проводилось совместно с лор-врачом в летском отлелении. Мы оперировали детей с большими разрастаниями аденоидной ткани, хроническими тонзиллитами после безрезультативной консервативной терапии. Осложнений после операций не было.

Небольшие кровотечения в носоглотке, если они случались, специалист устранял быстро.

Проанализировав результаты работы по санации в течение двух десятилетий, мы пришли к выводу, что общая заболеваемость детей железнодорожного узла сократилась более чем в 1,5 раза. Кроме того, на протяжении последних 10 лет у детей не регистрировались тяжёлые заболевания почек, сердца, суставов.

Оперативному лечению подлежали пациенты с 4 до 15 лет, но были и исключения. В отделение как-то поступил 9-месячный ребёнок с жалобами родителей на отсутствие носового дыхания, частые ОРЗ, низкую массу тела. При осмотре лор-врач выявил большие разрастания аденоидной ткани. После подготовки с большим трудом нам удалось прооперировать малыша. Дыхание носом восстановилось, ребёнок стал хорошо есть, поправился, после осмотра специалистами был выписан домой здоровым.

Я как-то подсчитал: за 28 лет медицинского труда в Заполярье через мои руки прошло более 20 тыс. (!) детей. Большинство из тех, кого я лечил, выросли и, создав свои семьи, нередко приводили ко мне уже своих детей.

Упомяну и такой факт, датированный 1995 г. Тогда решением медицинского совета Врачебносанитарной службы Октябрьской железной дороги детское отделение на станции Кандалакша было названо лучшим по всем показателям среди профильных отделений ЛПУ ОЖД.

думаю, коллектив отделения недаром удостоился такого признания. В нашем подразделении более 10 лет не случалось летальных исходов, отсутствовали любые нарекания родителей на лечение и уход за детьми, грубость со стороны персонала. Кроме того, более 15 лет не отмечались случаи повторной госпитализации детей по вине наших медработников. Возглавляемый мной коллектив заслуженно занимал первые места в ежегодном социалистическом соревновании на протяжении многих лет, регулярно поощрялся администрацией больницы, Врачебно-санитарной службой и Управлением дороги. Эти достижения отделения во многом зависели от слаженной работы каждого члена коллектива, которые проявляли искреннюю любовь и заботу о больных детях, за что я им до сих пор бесконечно благодарен.

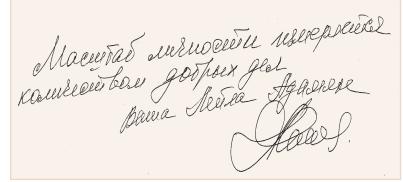
Мурманская область.

Ещё Козьма Прутков говорил о том, что нельзя объять необъятное. И наше время – тому подтверждение. Мы живём в век сухого прагматизма и «образованщины», выражаясь языком Солженицына. Как правило, человек замыкается на своём деле, не интересуясь ничем остальным. И того, кто достигает успехов на профессиональном поприще, именуют не иначе как талантливым. Однако по-настоящему талантливая личность талантлива во всём. Банально, но точнее не скажешь. Моя собеседница – тому подтверждение: врач от Бога, эрудит, человек широких взглядов, высокой культуры и поразительной доброты.

Второй раз за последний месяц на страницах «МГ» заместитель директора Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова, главный акушер-гинеколог Минздрава России, академик РАН Лейла АДАМЯН.



Для меня акушерство и гинекология –



Лейла АДАМЯН:

Лейла Владимировна, в конце прошлого года вас наградили орденом «За заслуги перед Отечеством» III степени. В связи с чем вы удостоились столь престижного знака отличия?

- Это не первая моя государственная награда: в моей «коллекции» уже есть орден IV степени, премия Правительства РФ. звание «Заслуженный деятель науки». Одним словом, руководство нашей страны не оставляет меня без внимания (улыбается). Находиться в одном ряду с Александрой Пахмутовой, Владимиром Спиваковым, Аллой Пугачёвой - не только радость, но и большая честь.

Как мне кажется, таким образом власть оценила мои заслуги перед нашими медициной и здравоохранением, наукой и образованием, а также - тысячами пациенток. Всю свою жизнь я посвятила медицине. За 43 года службы на ниве акушерства и гинекологии очень многое сделано: кандидатская и докторская диссертации, выпущено более 100 учеников - кандидатов и докторов наук, созданы научные школы по эндоскопии и эндометриозу, внедрено много реконструктивных и сберегающих репродуктивные органы операций, написано множество монографий.

Кроме того, за последние четверть века при моём непосредственном участии налажено международное сотрудничество по нашей специальности на самом высоком уровне - ежегодно к нам приезжают мировые светила. Это тоже заслуга перед Отечеством и, безусловно, критерий авторитета российских акушеров-гинекологов во всём мире.

Всем я обязана своей специальности. Она развивает всесторонне, не только в профессиональном плане. Вот уже более 10 лет я – главный специалист Минздрава. Много езжу по регионам. Мы создали школы обучения как в нашем центре, так и на местах. Очень много времени уделяем симуляционным технологиям в образовании коллег. Организовываем множество конгрессов, конференций и семинаров.

Вы занимаетесь очень хорошим делом, ведя беседы с людьми, по-СВЯТИВШИМ СВОЮ ЖИЗНЬ МЕДИЦИНЕ И науке. На эту тему можно говорить очень и очень много. Профессия врача, пожалуй, самая благороднекология - это не специальность, это - судьба.

- В нашей стране отмечается явный профицит специалистов акушеров-гинекологов. Почему так происходит?

– Да, это так. Самый высокий конкурс в ординатуру, невозможно устроиться на работу... Специальэто не специальность, это – судьба ность, повторюсь, судьбоносная. От этого специалиста зависит очень многое: формирование плода, деторождение, развитие женщины - качество её жизни, репродуктивная функция и т.д. Должна вам заметить, что точно так же дела обстоят и за рубежом: наша специальность - самая рейтинговая. К нам идут наиболее талантливые и целеустремлённые, мотивированные на серьёзную научнопрактическую работу. Конечно, не без «перекосов» - людей, ищущих быстрого и лёгкого заработка, но

Так было и 40 лет назад. Я окончила 1-й Мед в 1972 г., и уже тогда в ординатуру по акушерству и гинекологии брали только отличников

это, уверяю вас, единичные случаи.

В целом же это специализация

высоко парящих птиц.

- Как вы оцениваете репродуктивный потенциал нашей страны?

- Репродуктивный потенциал всех развитых стран сегодня страдает. Цивилизация всегда идёт в противовес репродукции: люди сначала получают образование, встают, что называется, на ноги и только потом занимаются вопросами семьи. Это болезнь всего цивилизованного мира. Однако мне отрадно заметить, что за последние несколько лет в нашей стране наблюдаются позитивные сдвиги.

Вот уже 2 года как рождаемость в нашей стране превалирует над смертностью. Снизилась смертность и материнская, и младенческая, и перинатальная, Развиваются перинатальные центры. Государственная политика направлена на рост рождаемости. Так, например, ЭКО в ряде случаев идёт по линии ОМС, рождение детей стимулируется материально со стороны государства...

- Ваше отношение к запрету абортов с целью улучшения демографических показателей...

- К абортам я отношусь исходно очень плохо. Это преступление в сальный вред организму. Аборт наносит тяжёлейшую травму детородному органу - матке. Нарушение функции яичников, воспалительные процессы, кровотечение, бесплодие в 30% случаев - результаты абортов. Ни один цивилизованный человек не может относиться к этому положительно.

Беременность нужно планировать. В идеале она должна наступать при желании обоих родителей. Однако многие беременеют, не давая себе отчёта - в состоянии опьянения, например. Это может случиться при изнасиловании и т.д. Но, коль скоро возникает беременность, то надо постараться её сохранить, убедить женщину в рождении ребёнка. Однако здесь нельзя перегибать палку. Это может привести к нехорошим последствиям: так, 30 лет назад я наблюдала огромное количество нелегальных абортов. Насильственными методами ничего не достичь. Любой запрет вызывает обратную реакцию.

Дело государства и акушеровгинекологов - предостерегать от наступления незапланированной беременности и, в случае её наступления мотивировать женщин на её продолжение. Собственно говоря, это сейчас и делается.

В прошлом году в Швеции успешно произвели трансплантацию матки. Планируется ли развитие этой манипуляции в нашей стране?

- На сегодняшний день эта операция носит экспериментальный характер. Моему коллеге профессору Брэнстрёму это удалось лишь на 11-й раз. Мы поздравили наших шведских коллег. Брэнстрём выступал у нас на конгрессе в прошлом году. Однако дело не в том, чтобы просто пересадить этот орган. Матка должна «работать» - быть способной к вынашиванию плода. И шведам это удалось.

Для нашего здравоохранения пересадка матки не имеет большого практического значения. Это – успех для науки. Ещё много лет это будет проводиться экспериментально и за рубежом. В плане техники это осуществимо и у нас, однако не забывайте, что матка не является жизненно важным органом. Это не сердце. не лёгкие и не почки. Без матки человек прекрасно живёт. Вместо её трансплантации можно использовать программу суррогатного материнства, однако, повторюсь, пересадка матки - большой прогресс в медицинской науке.

- Пожалуй, хватит о профессии. Вы являетесь автором и продюсером таких шоу, как «Танец любви» или «Звёздный дуэт». Как вы пришли к этому?

- Всю жизнь я занималась спор-

том. В юности была капитаном юношеской сборной по волейболу. После рождения детей увлеклась теннисом. Моими тренерами были Михаил и Рауза Сафины – родители известных теннисистов Марата и Динары Сафиных. В путешествиях неотъемлемой частью багажа у меня всегла была теннисная ракетка. Спорт – это образ жизни, выработка характера и, безусловно,

Однако после смерти супруга я не могла вернуться к теннису. Тем не менее мне хотелось продолжить ведение активного образа жизни. Я решила заняться танцами, и эта стихия буквально поглотила меня! Мною разработаны танцевальные программы при различных гинекологических заболеваниях. Поймите, даже плод в утробе матери ощущает музыку и ритм!

Я познакомилась с потрясающими танцовщиками, которые не известны широкому кругу зрителей. Так у меня возникла идея постановки шоу «Танец любви». Ведь через танец передаются все краски человеческих взаимоотношений. Этот проект имеет успех. В промежутках между выступлениями замечательные артисты - Ольга Кабо и Дмитрий Харатьян читают стихи лучших наших поэтов - Блока. Цветаевой. Высоцкого и многих других. Затем появилась программа «Звёздный дуэт». Я очень увлеклась этим. Эти шоу идут в Доме музыки, в Крокуссити... Чемпионы мира танцуют для людей!.. Это новая форма искусства, получившая очень высокую оценку. А музыку к этим шоу написал мой внук Миша..

– Известный под псевдонимом Майкл Найт...

- Совершенно верно. Он родился в Москве, но уже годовалым ребёнком был перевезён родителями в США. Там он окончил школу, год проучился в вузе, а затем поступил в Оксфордский университет по специальности «философия, социология и психология», успешно завершив обучение в нём. У него нет музыкального образования, но это не мешает ему писать музыку, блестяще играть на фортепиано и гитаре. Он и дудук освоил!..

Полагаю, здесь дело в том, что он родился в очень культурной семье. Мой покойный супруг – академик Арнольд Арамович Адамян происходил из очень знатного рода. Он знал 10 своих поколений. Многие его родственники – люди искусства. Наверное, Мише это передалось генетически, тем более что внешне он просто клон своего дедушки. Сейчас он учится в магистратуре ГИТИСа. В неполные 25 лет у него за плечами 3 собственных проекта. Он востребован и в то же время очень скромен. У него уже большое настоящее. Будущее обещает быть таким же. Я очень горжусь своим внуком. Жаль, что дед не видит

Ваша главная ценность?

- Однозначно - семья. У меня две дочери. Обе акушеры-гинекологи. Старшая - Ася - живёт в США. У неё своя клиника – академия женского здоровья в Атланте. Младшая - Агнесса - репродуктолог. У меня пятеро внуков. Моя родная сестра - профессор-офтальмолог, работает в Институте им. Гельмгольца. Я очень благодарна своей маме, которая нас вырастила одна. 5 мая ей исполнилось 90 лет. Каждое позитивное изменение в семье - толчок для дальнейшего развития.

90% моего времени – работа в клинике. Я уже вам говорила, что мой храм - это операционная. Наряду с этим я стараюсь по мере сил и возможностей развивать наше искусство, культуру... Человек должен любить музыку, поэзию, живопись. Я очень люблю творческих людей.

– В чём источники вашего вдохновения?

- С возрастом их становится всё больше - новые идеи, успехи детей, учеников, здоровье пациентов - иными словами всё, что так или иначе создано мною. Всё, что ты сделал хорошего, всегда возвращается. Не зря говорят, что своё добро преумножаешь, когда разумно отдаёшь. Отданное добро всегда возвращается в виде колоссальной энергии. Я сплю не более 4-5 часов в сутки, однако практически всегда высыпаюсь. С 7 часов утра я в клинике. Меня ждут больные, ученики и коллеги. Вот, к примеру, сегодня перед нашей беседой я приняла 49 человек из разных регионов нашей страны. И я не устаю – их благодарность меня питает и заряжает новыми силами. Мне очень приятно, что ко мне обращаются за помощью. Я очень люблю помогать людям. Раз мне доверяют, значит, я живу.

> Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ, обозреватель «МГ».

Отпечатано в АО «ПК «ЭКСТРА М» 143405 Московская область Красногорский район, г. Красного автодорога «Балтия», 23 км,

владение 1, дом 1

Заказ № 15-05-00474 Тираж 31 145 экз. Распространяется по подписке в России и других странах СНГ.

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

Материалы, помеченные значком \square , публикуются на правах рекламы.

Главный редактор А.ПОЛТОРАК.

Редакционная коллегия: Ю.БЛИЕВ, В.ЕВЛАНОВА, В.ЗАЙЦЕВА, А.ИВАНОВ, В.КЛЫШНИКОВ, Т.КОЗЛОВ, Д.НАНЕИШВИЛИ, А.ПАПЫРИН, Г.ПАПЫРИНА, В.САДКОВСКИЙ

(зам. главного редактора - ответственный секретарь), И.СТЕПАНОВА, К.ЩЕГЛОВ (первый зам. главного редактора).

Дежурный член редколлегии – Г.ПАПЫРИНА.

Справки по тел.: 8-495-608-86-95, 8-916-271-10-90, 8-495-681-35-67. Рекламная служба 8-495-608-85-44, 8-495-681-35-96, 8-967-088-43-55 Отдел изданий и распространения 8-495-608-74-39, 8-495-681-35-96, 8-916-271-08-13. Адрес редакции, издателя: пр. Мира, 69, стр. 1, Москва 129110.

E-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения). «МГ» в Интернете: www.mgzt.ru

ИНН 7702036547, КПП 770201001, р/с 40702810738090106416, к/с 30101810400000000225,

БИК 044525225 ОАО «Сбербанк России» г. Москва

Корреспондент- Благовещенск (4162) 516190; Брянск (4832) 646673; Кемерово (3842) 354140; Нижний Новгород (831) 4320850; Новосибирск (3832) 262534; Омск (3812) 763392; Самара (8469) 517581; Санкт-Петербург 89062293845; ская сеть «МГ»: Смоленск (4812) 677286; Ставрополь 89288121625; Чита (3022) 263929; Уфа (3472) 289191; Киев (1038044) 4246075; Реховот, Хайфа (Израиль) (10972) 89492675; Ханау (Германия) (1049) 618192124.