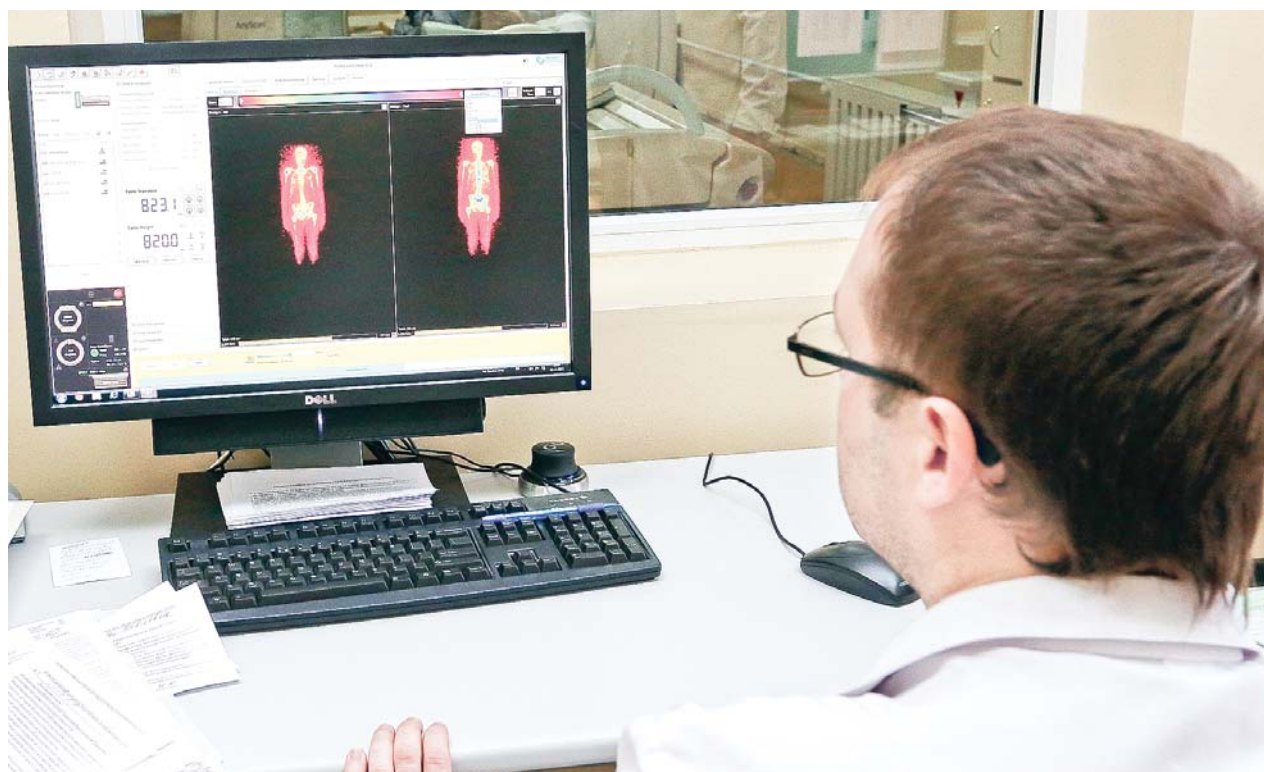


Современные технологии

По раку ударили прицельно

Прогрессивное направление лечения развивается в Кемерово



Кемеровские онкологи освоили новый для Кузбасса раздел ядерной медицины: радиоизотопную терапию стронцием (Sr-89) при метастатическом поражении костей.

Метастазы в кости вызывают у пациента не только общую интоксикацию, но и сильную боль. В местах их образования нередко возникают переломы. Если метастаз один, его можно разрушить с помощью высокодозной лучевой терапии, подведя луч к проблемному участку снаружи. А если их 3, 5 или 7 и они рассеяны по всему организму?

Лечить такие состояния медицина научилась недавно – с помощью радиоактивного стронция. Он имеет особенность накапливаться не просто в кости, а именно в костных метастазах. Радиоизотоп сам «вычисляет» их по всему организму, включая даже

В онкологическом диспансере идёт подготовка к сеансу радиоизотопного лечения

такие, которые только начали формироваться и ещё не определяются при диагностике. «Поселившись» в опухоли, стронций начинает прицельно убивать излучением только раковые клетки...

Ранее, чтобы получить эту высокотехнологичную медицинскую помощь, кузбассовцам приходилось выезжать за пределы региона. Но и в масштабах России центров, где её оказывают, немного. Теперь это новое направление освоено и в Кемеровском областном клиническом онкологическом диспансере: за 2015 г. таким образом пролечено уже 42 пациента.

«Когда появятся радиоизотопы для прицельного воздействия на опухоли других органов и систем, мы также начнём закупать их в рамках ВМП

для наших пациентов», – уточняет главный врач диспансера кандидат медицинских наук Сергей Коломиец.

В федеральную программу по совершенствованию оказания помощи онкологическим больным Кемеровская область вступила 3 года назад. Только на реконструкцию и переоснащение областного онкодиспансера было направлено около 724 млн руб. В результате за последний год выживаемость пациентов, получивших в его стенах высокотехнологичную медицинскую помощь, выросла на 11%

Валентина АКИМОВА,
соб. корр. «МГ».

Кемерово.

Фото
Фёдора БАРАНОВА.



Наталья СТАДЧЕНКО,
председатель Федерального
фонда ОМС:

СМО должны создать новую, ориентированную на пациентов модель работы.

Стр. 4

Алексей АБРАМОВ,
директор Медицинского
института РУДН:

Наш университет стал первым вузом Минобрнауки, который присоединяется к медицинскому кластеру.

Стр. 5



Рудольф АРТАМОНОВ,
доктор медицинских наук,
профессор:

Требования к кафедре прежние, но условия её работы стали совсем другими.

Стр. 12

Решения

Половину затрат возместят

Разработки аналогов инновационных лекарств будут субсидироваться государством. Председатель Правительства РФ Дмитрий Медведев подписал постановление Правительства, определяющее правила предоставления субсидий российским предприятиям на возмещение части затрат при разработке схожих по фармакотерапевтическому действию и улучшенных аналогов инновационных лекарственных препаратов.

Субсидия будет выделяться на возмещение фактически осуществлённых не ранее 1 января 2015 г. и документально подтверждённых затрат, связанных с реализацией проекта. Это касается приобретения сырья, расходных материалов для наработки образцов разрабатываемого препарата, средств на приобретение лекарственных препаратов сравнения. Субсидия должна покрывать не более 50% за-

трат компании и будет выделяться не более двух раз год.

Постановление № 1503 принято кабинетом министров в рамках госпрограммы «Развитие фармацевтической и медицинской промышленности» на 2013–2020 гг. Цель – поддержка разработки отечественных инновационных лекарственных средств, увеличение объёма инвестиций в научные исследования, разработки, технологические инновации и перевооружение производства лекарственных средств.

Подписанным документом утверждены правила, которыми устанавливаются порядок и условия предоставления субсидий из федерального бюджета. Особо подчёркивается, что разработанный аналог инновационного лекарственного препарата должен быть улучшенным, со схожим фармакотерапевтическим действием на биоматериал.

Иван ВЕТЛУГИН.
МИА Сити!

События

Гемодиализ в новом центре

В Южно-Сахалинске на днях вступил в строй центр амбулаторного диализа. Это первое медицинское учреждение в регионе, созданное в рамках государственно-частного партнёрства, где все процедуры будут проводиться бесплатно при предъявлении полиса ОМС. Об этом сообщили в Министерстве здравоохранения Сахалинской области.

ЦАД работает в две смены, в настоящее время медицинскую помощь в нём получают жители региона, нуж-

дающиеся в постоянных процедурах гемодиализа. Новый центр позволит разгрузить отделение гемодиализа и гравитационной хирургии крови областной больницы, рассчитанное всего на 10 коек, где медперсонал вынужден работать в 3 смены.

Врачи наблюдают ежегодное увеличение в островной области количества пациентов с хронической почечной недостаточностью. В связи с этим необходимость проведения гемодиализа в среднем достигает 1000 человек в год. Специалисты отмечают

также и рост заболеваемости среди молодёжи – статистику отделения пополняют даже 20-летние пациенты.

В ближайшее время в отделении гемодиализа областной больницы ожидается замена автоматизированных кресел на более удобные современные модели. Также в первом квартале этого года поступят 8 новых аппаратов искусственной почки, которые заменят устаревшее оборудование.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Южно-Сахалинск.

ОСНАЩЕНИЕ ОТДЕЛЕНИЙ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

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

Новости

Противодействовать фальсификации

Европейская конвенция – «Медикрим» вступила в силу с января 2016 г. Она предусматривает уголовную ответственность за фальсификацию медицинской продукции, её незаконное производство, а также за аналогичные преступления, представляющие угрозу для здоровья населения. Об этом напоминает на информационном портале Совета Европы.

«Медикрим» – первый международно-правовой документ, обязывающий государства, подписавшие его, установить уголовную ответственность за производство фальсифицированной медицинской продукции, поставку, предложение о поставке и торговлю поддельной медицинской продукцией, фальсификацию документов, несанкционированное изготовление или поставку медицинской продукции, а также выведение на рынок медицинского оборудования, не отвечающего необходимым требованиям.

Павел АЛЕКСЕЕВ.

Чья медицина лучше?

Согласно статистическим данным наибольшее количество российских туристов по итогам минувшего года отправилось лечиться в Германию.

«В странах, где медицинский туризм традиционно является ведущим направлением, россияне за последние 3 года стабильно входят либо в тройку, либо в пятёрку иностранных граждан, которые приезжают сюда за врачебными услугами. По притоку пациентов из России стала лидировать Германия – чуть более 30 тыс. пациентов посетили страну за этот период», – считают эксперты.

Чаще всего россияне едут в немецкие клиники с онкологическими заболеваниями. На 2-м месте по спросу находятся услуги акушеров-гинекологов, к которым обращаются за диагностикой и лечением заболеваний, для ведения осложнённой беременности и родов, по вопросам, связанным с бесплодием. Замыкает тройку лидеров сердечно-сосудистая хирургия. В связи с тем что спрос на услуги в немецких клиниках растёт, местные медицинские учреждения укомплектовывают штат персоналом, владеющим русским языком.

«Германия привлекает пациентов из других стран не только высококлассными специалистами, но и фиксированными ценами на все медицинские услуги, а также тем, что местные врачи не имеют права требовать с иностранцев больше, чем с немецких пациентов», поясняют эксперты.

Алина КРАУЗЕ.

Медики подружались со строителями

В Пензенском районе Пензенской области продолжают создаваться условия для расширения материальной базы учреждений здравоохранения, что является фундаментом повышения качества медицинского обслуживания населения. Так, в наступившем году благодаря созданию специальных программ предполагается дополнительно открыть 6 врачебных амбулаторий.

По словам главного врача районной больницы А.Лаврова, буквально на днях в одном из сёл за счёт собственных средств завершилось строительство современного здания ФАПа. В настоящее время сюда поступает медицинское оборудование. По весне с наступлением тепла у нового здания будут сделаны подъездные пути, сооружена асфальтированная площадка. В минувшем году в районе капитально отремонтирован Черенцовский фельдшерско-акушерский пункт, введены в порядок крыши и сантехника во всех остальных ФАПах. А в ближайшее время на территории региона войдут в строй ещё 3 подобного рода медицинских учреждения.

Большую роль в укреплении материальной базы всей системы районного здравоохранения играет специально созданная строительная бригада. Она состоит из квалифицированных рабочих разных строительных специальностей.

Владимир КРЫСЬКО.

Пензенская область.

«Свой» клапан легче для кармана

Уже через год в России может появиться отечественный имплантат аортального клапана: вышел на стадию доклинических исследований протез, разработанный на базе Новосибирского НИИ патологии кровообращения им. Е.Н.Мешалкина Минздрава России.

В настоящее время проводятся доклинические исследования устройства, в роли пациентов выступают мини-пиги. По информации ННИИПК, первые операции прошли успешно, свинки перенесли имплантацию хорошо. Однако учёным предстоит в течение 3 месяцев наблюдать за животными, и лишь после этого можно будет делать окончательные выводы о качестве нового имплантата.

В клинике подчёркивают, что потребность в эндоваскулярном протезировании аортального клапана в России не удовлетворяется главным образом именно из-за высокой стоимости зарубежных протезов. В одном только Сибирском федеральном округе она составляет около 700 процедур в год, при этом в ННИИПК выполняется не более 50 таких вмешательств, а в целом по стране – около 250.

Елена БУШ.

Новосибирск.

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

Профилактика

Две тысячи акций!

Воронежские медики всё активнее выходят «в народ»

Для предупреждения ранней смертности, профилактики заболеваний и формирования здорового образа жизни воронежцев в минувшем году в рамках областного межведомственного проекта «Живи долго!» специалисты здравоохранения провели более 2 тыс. акций.

В ходе этого длительного и трудоёмкого процесса обследовали около 400 тыс. человек. Из них у 28% в ходе скрининга и профилактического консультирования выявлены заболевания и факторы риска их развития. Следует отметить важные особенности проводимых акций.

В мероприятиях широко использовались мобильные формы работы – профилактические осмотры проводились в общественных местах, были задействованы мобильные медицинские комплексы и флюорографы, центры здоровья и бригады врачей также выезжали на предприятия и в организации.

Оксана КОЗЛОВА,
ведущий советник
Департамента здравоохранения
Воронежской области.



Измерение давления проводилось во время каждой акции

Фото Алексея ПАПЫРИНА.

Инициатива

Думать о новом, не забывая о старом

Процесс внедрения электронной амбулаторной карты начался в конце минувшего года. К 2017 г. её использование планируется ввести во всех поликлиниках Москвы. Примечательно, что руководитель Департамента здравоохранения Москвы Алексей Хрипун не считает, что электронная амбулаторная карта полностью заменит бумажную.

Как известно, амбулаторная карта является документом не только медицинским, но и юридическим. Поэтому её бумажный вариант продолжит существование. Тем не менее дублирование содержимого амбулаторной карты на бумагу вручную, как это происходит сейчас, должно уйти в прошлое. «Возможно, есть какие-то документы, которые нужно заполнять параллельно с работой в компьютере, но то, что вы будете работать с электронной картой и вам не придётся переписывать содержимое электронной карты, это точно», – заявил А.Хрипун, предположив, что в столичном здравоохранении будет создан сервис по переводу электронного варианта карты в бумажный.

Таким образом, поликлиника сможет выдать по требованию точ-

ную бумажную копию амбулаторной карты, заверенную печатями и подписью главного врача.

Остаётся свежим в памяти и конец прошлого года, когда получила широкий общественный резонанс проблема приписок. Медицинские учреждения приписывали пациентам отнюдь не оказанные им услуги (например, диспансеризация, вакцинация, физиотерапия), поскольку объём оказанных услуг оказался напрямую связан с размерами финансирования учреждения. В целях борьбы с этими злоупотреблениями на сайте Росздравнадзора был запущен сервис, позволяющий гражданам сообщить о несопадении объёма полученной медицинской помощи и списка оказанных услуг в личном кабинете пациента на сайте регионального фонда ОМС.

На время создания механизма, предотвращающего приписки, сохранится схема, при которой врач после работы с компьютером вручную заполняет талон для отдела статистики, где информация внесут в общую базу данных.

Материал, собранный в электронной амбулаторной карте, будет доступен и бригаде скорой помощи, и врачам стационаров. Организация доступа к электронной карте из стационаров потребует больше

времени, поскольку оснащение стационаров информационными системами не приведено к единому стандарту, а в некоторых совсем отсутствует.

Кроме того, через систему ЕМИАС станут доступны результаты обследований, консультаций, направления, листы нетрудоспособности, рецепты. В частности, это касается рецептов на продукты молочно-раздаточного пункта. «Если не в I квартале нынешнего года, то к его середине точно будет электронный рецепт на продукты питания», – пообещал А.Хрипун. Передача рецептов напрямую на молочно-раздаточный пункт пока не реализована, но планируется выдача рецептов на более долгий срок, что позволит сократить затраты времени медработников на их оформление.

Монетизация данной льготы сняла бы часть нагрузки с педиатров, но это вызовет недовольство родителей: цена молочных продуктов в магазине гораздо выше, чем та, по которой их закупает оптом правительство Москвы, – уверены аналитики.

Валентин СТАРОСТИН.

МИА Cito!

Перемены

Пять новых автомобилей скорой помощи на базе УАЗа уехали в 5 отдалённых районов Удмуртии.

Новая техника, общая стоимость которой 5 млн 950 тыс. руб., поступила в районные больницы, не имеющие своих родильных отделений. Она позволит вовремя транспортировать пациентов, проживающих в сельской местности, в медицинские учреждения.

Как сообщили в руководстве республики, это был первый шаг

Переоснащается парк «скорых»

в грядущем переоснащении автотехникой медицинских учреждений. Всего для региона будет закуплено 30 таких машин. Предполагается, что за 3 ближайших года задача по переоснащению

автотранспортом будет решена полностью.

Марина ЦВЕТУХИНА,
внешт. корр. «МГ».

Ижевск.

Официально

Укрепить платёжную систему ОМС

Президент России Владимир Путин подписал Указ «О дополнительных мерах по укреплению платёжной дисциплины при осуществлении расчётов с Пенсионным фондом РФ, Фондом социального страхования РФ и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования».

Это сделано в целях совершенствования порядка исчисления и уплаты (перечисления) страховых взносов в указанные

фонды, укрепления платёжной дисциплины при осуществлении расчётов с ними.

До 1 мая 2016 г. Правительству РФ поручено, в частности, внести в Государственную Думу Федерального Собрания РФ проекты федеральных законов, предусматривающих возложение на уполномоченный федеральный орган исполнительной власти функций по администрированию страховых взносов, уплачиваемых в эти фонды.

Предстоит также разработать закон по формированию и ведению единого федерального информационного ресурса, содержащего сведения о населении Российской Федерации, в том числе сведения о регистрации актов гражданского состояния, обеспечить разработку проектов нормативных правовых актов, необходимых для реализации настоящего Указа.

Иван МЕЖГИРСКИЙ.
МИА Сити!

Проекты

Против страховых поверенных

В Общероссийском народном фронте (ОНФ) раскритиковали решение Минздрава России о введении между пациентами и системой здравоохранения страховых поверенных, прикрепление к которым будет таким же, как и прикрепление к поликлинике. По мнению экспертов ОНФ, организация института таких поверенных не сможет повысить доступность медицинской помощи и потребует дополнительных государственных средств.

«Для подготовки, организации деятельности и оплаты труда этих поверенных потребуются дополнительные государственные

средства – не менее 2 млрд руб. в год в расчёте на 3,5 тыс. человек. А сегодня средств в российском здравоохранении не хватает на оплату труда уже практикующих медицинских работников, на необходимые лекарства и объёмы бесплатной медицинской помощи. Такой дорогостоящий институт сопровождающих – не для российского здравоохранения, где каждая копейка должна быть на счету», – считает эксперт ОНФ председатель правления Ассоциации медицинских обществ по качеству медицинской помощи и медицинского образования Гузель Улумбекова.

Здесь уместно напомнить, что по итогам форума ОНФ «За качественную и доступную медицину!»

Президент России лидер фронта Владимир Путин подписал поручение о конкретизации обязанностей страховых медицинских организаций по защите прав застрахованных лиц при оказании им помощи медицинскими организациями. Это поручение как раз подразумевает защиту прав и обязанностей пациентов на получение качественной и своевременной медицинской помощи, а также направлено на рациональное использование денежных средств, которые выделяются на ведение дел страховым медицинским организациям.

Константин ЩЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

100 строк на размышление

Заложники государственной несостоятельности

Согласно мнению главы Минздрава России Вероники Скворцовой, выпускники медицинских вузов будут обязаны проработать несколько лет в государственных медицинских организациях. На данный момент идёт активное обсуждение этой инициативы. Основной причиной разработки соответствующего документа ведомство называет дефицит кадров в отрасли.

Прежде чем рассуждать относительно данной ситуации, хочется напомнить, что в нынешнем году упраздняется обучение в интернатуре. Иными словами – выпускники медвузов получают право самостоятельной врачебной работы в первичном звене – там, где и без них хватает головной боли, связанной, главным образом, с недостаточной квалификацией специалистов. Между тем, согласно мировому опыту, именно эффективно функционирующее первичное звено является гарантом отраслевой состоятельности. Очевидно, что с массовым притоком свежееиспечённых специалистов, зачастую напрочь лишённых возможности какого-либо контакта с пациентом за годы додиплом-

ного образования, ситуация не только не изменится в лучшую сторону, а, скорее всего, только усугубится – возрастёт нагрузка на работников сферы ритуальных услуг: молодые специалисты без поддержки старших коллег при всём на то желании не справятся с самостоятельной работой. Даже при условии соответствующей вузовской подготовки, что, кстати говоря, тоже маловероятно.

Но наши чиновники от медицины не нашли лучше способа латания дыр в первичном звене – и так, мол, сойдёт. По крайней мере, дефицита кадров не будет, отчитаемся, и дело с концом. Как известно, качество отраслевой деятельности у нас уже не одно десятилетие оценивается исключительно по ведению соответствующей документации.

Что касается инициативы руководителя ведомства. Теоретически – всё верно: работа в государственном сегменте отрасли в течение нескольких лет позволит молодому специалисту почувствовать себя истинным профессионалом – ежедневно нанизывая всё новые и новые клинические ситуации на базис теоретических знаний. Ведь руководству частных клиник, как известно, нужны квалифицированные кадры, что

называется, набившие руку в «большой» медицине.

Однако практическое воплощение данной идеи вызывает большие сомнения. И прежде всего – вот почему: система государственного здравоохранения с самого первого дня пребывания в клинике юных энтузиастов приучает последних к формальному отношению к пациентам, акцентам на работу с документами – дабы «уложиться» в медико-экономический стандарт и т.д. Иными словами – занятию отнюдь не медицинскими делами.

...На дворе – второе десятилетие XXI века, а мы, словно нарочно, не извлекаем никаких уроков из опыта прошлых лет, который ярко демонстрирует, что дефицит кадров в отрасли при таком отношении никуда не денется. Или «наверху» всё понимают, однако реформы происходят исключительно «для галочки»? В таком случае будущих докторов сызмальства надо приучать к другому: к примеру, давать «Клятву Бюрократа» или что-то ещё в этом роде, дабы студенты-медики изначально имели полноценное представление о будущей профессии.

Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ,
обозреватель «МГ».

Назначения

На должность директора Департамента здравоохранения Брянской области назначен главный врач областного онкологического диспансера Андрей Бардуков.

Андрей Николаевич родился в 1974 г. в городе Моршанск Тамбовской области. После окончания в 1997 г. Рязанского государственного медицинского университета

проходил там же интернатуру по специальности «хирургия».

Трудовую деятельность начал в 4-й Брянской поликлинике хирургом. Потом работал в отделении колопроктологии Брянской областной больницы № 1. В октябре 2014 г. назначен главным врачом областного онкологического диспансера.

Соб. инф.

Начало

Используя человеческий фактор

Проект приказа «Об утверждении Порядка приёма граждан на обучение по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры» разработан Минздравом России.

Принципиальным отличием от действующего порядка является форма проведения вступительных испытаний – вместо компьютерного теста поступающим предложат сдать устный или письменный экзамен. Оценивать знания будут по 5-балльной системе.

Кроме того, правила приёма на обучение по программам ординатуры, которые не прописаны в за-

конодательстве, вуз устанавливает сам и утверждает их локальным нормативным актом.

Примечательно также, что приём на обучение происходит отдельно с формированием двух отдельных списков поступающих: на места в рамках контрольных цифр приёма на обучение за счёт федерального бюджета, бюджетов субъектов Федерации, местных бюджетов (выделяется квота целевого приёма на обучение), а также на места по договорам об оказании платных образовательных услуг (в количестве, не превышающем квоту целевого приёма).

Марк ВИНТЕР.
МИА Сити!

Здоровая жизнь

Пить стали меньше водки, а пива – больше



Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор) сообщила о снижении злоупотребления алкогольной продукцией среди граждан Российской Федерации.

Концепцией реализации государственной политики по уменьшению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения РФ на период до 2020 г. определены первоочередные задачи, среди которых снижение:

- уровня потребления алкогольной продукции на душу населения;
- первичной заболеваемости;
- смертности от алкоголизма,

в том числе связанной с острыми отравлениями алкоголем. Концепция предусматривает ограничение доступности алкогольной продукции, в том числе розничной продажи по месту и времени.

Согласно статистическим данным, с 2009 г. официальные продажи алкогольной продукции в абсолютном алкоголе на душу населения сократились почти на 9% (в 2009 г. данный показатель составлял 9,1 л, в 2014 г. – 8,3 л).

В период с 2009 по 2014 г. количество больных, взятых под диспансерное наблюдение с впервые в жизни установленным диагнозом, снизилось почти на 28%, также на 11% снизилась численность больных алкоголизмом, состоящих на

учёте в лечебно-профилактических организациях.

Смертность от всех учитываемых причин, связанных с употреблением алкоголя, снизилась на 24% (в 2009 г. 68,6 тыс. человек, в 2014 г. 52,8 тыс.).

Вместе с тем наблюдается рост потребления пива и слабоалкогольных напитков, который происходит за счёт подростков и женщин детородного возраста. В России злоупотребление алкоголем приводит к преждевременной, предотвратимой смерти около полумиллиона человек ежегодно, будучи причиной смертности около 30% мужчин и 15% женщин.

Данные последних лет свидетельствуют, что алкоголизм в юношеском возрасте формируется вследствие приёма пива либо слабоалкогольных напитков. Доля регулярно потребляющих пиво людей составляет 76%. Ежедневно или через день пьют алкогольные напитки, включая пиво, 33% юношей и 20% девушек.

Учитывая изложенное, Роспотребнадзор считает недопустимым снятие ограничений по месту реализации для любых видов алкогольной продукции.

По инициативе Генеральной прокуратуры РФ Правительство России, кстати, отменило ряд постановлений в сфере оборота этилового спирта, алкогольной и спиртосодержащей продукции.

Валентия МАЛОВ.
МИА Сити!

Расширенное совещание совета директоров фондов ОМС и представителей территориальных фондов ОМС в федеральных округах по вопросам реализации Федерального закона № 326-ФЗ от 29.11.2010 «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» прошло в Москве. От имени Минздрава России собравшихся приветствовала заместитель министра здравоохранения Российской Федерации Наталья Хорова. Она обратила внимание на то, что прошлый год выдался непростым для системы ОМС. Тем не менее проделана огромная работа, чтобы здравоохранение поэтапно переходило на страховые принципы. Это работа будет продолжена и в наступившем году. Прежде всего новые требования коснутся проведения экспертиз качества оказания медицинской помощи, повышения эффективности функций страховых медицинских организаций (СМО) по защите прав застрахованных граждан.

Председатель Федерального фонда ОМС Наталья Стадченко напомнила, что формирование бюджета на следующий год проходило крайне сложно. Пришлось отказаться от формата трёхгодичного планирования. Но ухудшение экономической ситуации в РФ не повлияло на параметры ФФОМС в части реализации прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи.

Территориальные фонды ОМС в 2016 г. получат 1,458 трлн руб. субвенций из Федерального фонда ОМС, что на 44 млрд больше, чем было в прошлом году. В 2015 г. в базовую программу ОМС входили 459 методов высокотехнологичной медицинской помощи, а в 2016 г. в неё будут добавлены ещё 54 метода ВМП.

Об особенностях исполнения бюджета ФФОМС в 2016 г. говорил начальник Финансово-экономического управления фонда Антон Устюгов. Численность лиц, застрахованных по ОМС, на 1 апреля 2015 г. составила 146,5 млн человек, в том числе 61,5 млн работающих и 85 млн неработающих граждан России. Главное – принятый бюджет ФФОМС полностью обеспечивает выполнение взятых фондом обязательств. Для каждого региона субвенция рассчитывается для выполнения принятого федерального подушевого норматива в 8438,3 руб. Как и ранее, все неиспользованные в прошлом году трансферты подлежат возвращению в бюджет ФФОМС. Что касается изменений по этому направлению, то в наступившем году ФФОМС будет выделять средства и на финансирование высокотехнологичной медицинской помощи, которая будет предоставляться федеральными клиническими учреждениями.

Надо отметить, что продолжится и выполнение целевой программы «Земский доктор», в которой теперь смогут участвовать врачи до 50 лет и лечебные учреждения посёлков городского типа. На эти цели в бюджете ФФОМС предусмотрены 3,2 млрд руб. В ближайшее время будет издано распоряжение Правительства РФ, оно распределит эти средства по субъектам РФ. Понятно, что крайне важный момент – наличие средств у территорий для софинансирования. Продолжение программы позволит ещё больше сократить дефицит врачей в сельской местности.

Начальник Управления организации ОМС ФФОМС Светлана Кравчук говорила о новых подходах в реализации ОМС. Как прогнозируют эксперты, увеличение уставного капитала СМО с 60 млн

Республики Беларусь с таких лиц взимается специальный сбор, как говорится в его обосновании в соседнем государстве, для предупреждения социального иждивенчества. Именно из этих средств и оплачивается оказываемая таким лицам медицинская помощь, а за неуплату его установлена административная ответственность. Если узаконить аналогичный сбор в нашей стране в размере 560 руб. в месяц, это

представить себе работу системы ОМС без информатизации просто невозможно. Она помогает принимать управленческие решения, анализировать огромные объёмы информации, вести реестры застрахованных, организовывать работу по защите прав застрахованных. Ведь ежегодно СМО проводят в нашей стране порядка 15 млн экспертиз качества оказания медицинской помощи. Безусловно, проведение столь огромного

выступлений стало улучшение защиты прав застрахованных. Сегодня из около 800 тыс. летальных исходов в больницах, свыше 400 тыс. представлены на оплату в системе ОМС. При этом СМО проводят проверку не более 60-80% таких случаев. Система подготовки экспертов должна быть изменена. СМО должны привлекать к проведению проверок подготовленных экспертов, несмотря на сохраняющийся мультидисциплинарный подход.

– Фонд шаг за шагом добивается повышения требований к врачам-специалистам и экспертам, – пояснила председатель ФФОМС Наталья Стадченко. – Нас интересует, не сколько экспертов числится в реестре (около 13,5 тыс.), а сколько реально работает? И те эксперты, которые не справляются с возложенными на них обязанностями, должны быть исключены из реестра. А в него включены новые, которые реально будут трудиться, а не числиться в списке. С этого года работы экспертам прибавится, появится и новая должность – уполномоченные СМО. Они будут проверять, прошли или нет определённые контингенты населения диспансеризацию и профилактические осмотры. В дальнейшем – они напомнят людям о необходимости прохождения профилактических мероприятий, а больным с хроническими заболеваниями – о важности регулярного приёма лекарственных препаратов. Для этого в лечебных учреждениях должны будут появиться специальные контакт-центры. Они

ОМС: реальность и перспектива

Новые требования вступают в силу

Итоги минувшего года и задачи на будущий



Выступает в прениях директор ТФОМС Тульской области Борис Федорченко

до 120 приведёт к сокращению количества СМО до 40. Не случайно предусмотрен переходный период для реализации этого решения до 1 января 2017 г.

С предложением ввести сбор на финансирование государственных расходов в системе здравоохранения для трудоспособных, но официально неработающих граждан выступил в своём докладе директор территориального фонда ОМС Ставропольского края Сергей Трошин. С 2014–2015 гг. в этом регионе России внедрён программный комплекс, который отслеживает направление больных из поликлиник в стационары. И это позволяет достаточно чётко отслеживать по данным единого регистра застрахованных оказываемую медицинскую помощь. То есть возможности для информационного обмена выходят на новый уровень. Между тем около 40% неработающих составляют лица трудоспособного возраста. Часть из них ведут личное подсобное хозяйство и поэтому не ищут работу и не состоят на учёте в центрах занятости населения.

По мнению С.Трошина, России стоит обратить внимание на опыт Белоруссии. Указом Президента

серьёзно снизит нагрузку на региональные бюджеты. Его сбором вполне может заняться Налоговая служба. Кроме того, нововведение сделает правила системы ОМС более справедливыми. Высвободившиеся средства региональных бюджетов можно направить на улучшение материальной базы лечебных учреждений.

По оценкам экспертов, выше-названный сбор в России, в случае принятия подобного решения, коснётся около 15 млн человек. Поэтому любое решение на эту тему должно быть крайне взвешенным. Специалисты Минздрава России, Министерства финансов, Налоговой службы обсуждают разные механизмы таких соплатежей. Но пока общее решение ещё не принято, возможно, удастся его предложить для рассмотрения депутатами Государственной Думы РФ в осеннюю сессию.

Директор территориального фонда ОМС Тульской области Борис Федорченко остановился на персонализированном учёте в экспертной деятельности. Казалось бы, ещё совсем недавно территориальные фонды приобретали для лечебных учреждений первые компьютеры... А сегодня

количества проверок без информационных технологий было бы просто невозможно.

Директор ТФОМС Волгоградской области Татьяна Самарина познакомила собравшихся с некоторыми аспектами внедрения новых способов оплаты в сфере ОМС в медицинских организациях Южного и Крымского федеральных округов.

Директор ТФОМС Челябин-



На итоговом совещании прошло и традиционное награждение за отличную работу в 2015 г. Председатель ФФОМС Наталья Стадченко вручает Почётную грамоту директору ТФОМС Ростовской области Алексею Решетникову

ской области Ирина Михалёвская представила опыт внедрения новой системы финансирования медицинской помощи. Директор ТФОМС Хабаровского края Елена Пузикова рассказала о рассмотрении региональным ТФОМС претензий медицинских организаций по результатам экспертиз, проводимых СМО. Лечебные учреждения не всегда соглашались с претензиями к качеству оказания медицинской помощи. И дело доходит до того, что они подают в суд не только на экспертов и СМО, но и на ТФОМС, если не перечисляются средства по выставленным за лечение счетам...

Но всё же лейтмотивом многих

также займется информированием населения о стоимости оказанных медицинских услуг. Это позволит сформировать у людей объективное представление о затратах государства на лечение каждого больного и предотвратит коррупционные проявления в медицине, а также поможет дисциплинировать поликлиники в части учёта медицинских услуг. Каждая СМО должна создать новую, ориентированную на пациентов модель своей работы.

Алексей ПАПЫРИН,
корр. «МГ».

Москва.

Фото
Александра ХУДАСОВА.

Новости

Госзакупку импортных лекарств ограничат

Председатель Правительства РФ Дмитрий Медведев подписал постановление, ограничивающее государственную закупку импортных лекарств.

Ограничения касаются закупок «для обеспечения государственных и муниципальных нужд лекарственными препаратами, включёнными в Перечень жиз-

ненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов».

Перечень лекарственных препаратов для обеспечения отдельных категорий граждан также был увеличен – в 2016 г. в него дополнительно включено 15 лекарственных препаратов (из них 6 имеют российских производителей). Перечень дорогостоящих лекарственных препаратов по-

полнился одним наименованием, а минимальный лекарственный ассортимент увеличился с 68 до 70 препаратов.

Данный перечень вступает в силу с 1 марта 2016 г.

В начале осени минувшего года Д.Медведев заявлял о том, что Россия не будет отказываться от импорта лекарств и медоборудования. Не менее 90% Переч-

ня ЖНВЛП должны составлять российские препараты (пока их 67%).

«Поставки сырья ограничивать можно, лекарств – нельзя, это противоречит международным нормам права, – убеждён президент Общероссийской общественной организации «Лига защитников пациентов» Александр Саверский. – От поставок

импортных лекарств зависит не только выполнение стандартов медицинской помощи и формирование Перечня ЖНВЛП, но ещё и здоровье, и жизнь людей. Доля импортных лекарств доходит в стационарах страны до 80-85%.

Иван МЕЖГИРСКИЙ.

МИА Сити!

Для решения проблем оптимизации здравоохранения в последнее время появляются эффективные кластерные стратегии. Формируются они на базе крупных медицинских центров, проявляющих деловую активность и доказавших свою конкурентоспособность на рынке.

При построении таких инновационных систем здравоохранения учитываются научный, технический, организационно-методический, маркетинговый, инвестиционный, логистический, кадровый и другие сценарии, в результате чего появляется возможность повысить научный, технологический, организационный и профессиональный уровень отрасли. По сути кластер является такой зоной, где знания и информацию оперативно и без значительных дополнительных затрат можно реализовать на практике.

Казалось бы, совсем недавно (ещё и двух месяцев не прошло) министр здравоохранения России Вероника Скворцова на совещании с ректорами образовательных организаций в сфере охраны здоровья отметила, что в задачи медицинского образования входит не только обучение специалиста, но и формирование у него соответствующих моральных, этических качеств, обеспечение непрерывного медицинского образования, дальнейшая работа вуза со своими выпускниками. Для решения этих вопросов Минздравом России издан приказ № 844 от 26.11.2015 «Об организации работы по формированию научно-образовательных медицинских кластеров», где сказано о создании кластерных систем вокруг тех вузов, которые являются образцовыми в каждом федеральном округе. «Вузы, вошедшие в кластер, не только не утратят свою самостоятельность, но и смогут транслировать передовой опыт в пределах одного кластера», – сказала министр.

Стоматологи оказались в первых рядах процесса кластеризации. Ими разработана модель кластера, в состав которого, как ожидается, войдёт 47 подведомственных Минздраву медицинских вузов, в которых имеются стоматологические факультеты, а также примерно 10 вузов, которые находятся в системе Минобрнауки.

На днях в РУДН прошло подписание соглашения между Московским государственным медико-стоматологическим университетом им. А.И.Евдокимова и Российским университетом дружбы народов о создании стоматологического научно-образовательного медицинского кластера. Отметим, что РУДН стал первым учреждением Минобрнауки, которое вошло в кластер учреждений Минздрава России. И это вовсе не случайно. РУДН – уникальный междуна-

Тенденции

Развивая инновации

МГМСУ и РУДН подписали соглашение о создании стоматологического научно-образовательного кластера



Во время подписания соглашения (слева направо): ректор МГМСУ им. А.И.Евдокимова Олег Янушевич, президент МГМСУ Николай Ющук, проректор МГМСУ Сергей Сохов, заместитель декана Медицинского института РУДН по специальности «стоматология» Анатолий Аванесов, директор Медицинского института РУДН Алексей Абрамов, ректор РУДН Владимир Филиппов

родный университет, в котором ежегодно обучаются студенты примерно из 150 стран мира. Да и в России это также единственный вуз со столь многопрофильной структурой, который даёт фундаментальное образование, на основе которого выпускники РУДН успешно реализуют себя во всех государствах мира (в том числе в развитых странах), причём как в сфере производства, бизнеса, так и науки, государственного управления.

– Наше сотрудничество с РУДН начинается отнюдь не с чистого листа, – отметил на церемонии подписания соглашения ректор МГМСУ им. А.И.Евдокимова, главный стоматолог Минздрава России Олег Янушевич. – Уже долгие годы мы достаточно активно взаимодействуем. Это касается ординатуры, интернатуры, аспирантуры. Уверен, что и дальнейшее наше сотрудничество окажется плодотворным. Чему-то мы научимся от вас, что-то сможем подказать и помочь сделать вам. Приказом Минздрава России координатором всех интеграционных процессов в отрасли

определён наш университет, что, очевидно, будет способствовать консолидации всех участников формирования кластера вокруг МГМСУ. Тем не менее все другие вузы не только не утратят своей самостоятельности, но и смогут транслировать передовой опыт в пределах кластера. Кстати, к нашему кластеру также проявили интерес и выразили желание войти в него Стоматологическая ассоциация России, производители стоматологического оборудования. Уже создан совет кластера, первое заседание которого запланировано на 8 февраля. Главный вопрос, который предстоит обсудить на совете, касается прохождения выпускниками стоматологических факультетов аккредитации и аттестации. 2016 г. будет достаточно сложным ещё и потому, что стоматология стала первой специальностью, где отменяется интернатура. Как сложится судьба 7 тыс. выпускников, которые оканчивают её, а также 7 тыс. выпускников стоматологического факультета? На сегодня это предмет раздумий стоматологического сообщества.

Перед нами открывается большое поле деятельности в рамках кластера. Нам эта важная работа понятна и интересна. И я рад, что мы вместе.

В свою очередь директор Медицинского института РУДН Алексей Абрамов подчеркнул: «Наш университет стал первым вузом Минобрнауки, который присоединяется к медицинскому кластеру. Это соглашение поможет нам консолидировать образовательный потенциал для ещё более качественной подготовки будущих стоматологов. В рамках кластера мы сможем использовать клинические, лабораторные и учебные ресурсы друг друга. Подобная инициатива будет полезна не только преподавателям и студентам, но и практикующим врачам, их пациентам. Мы надеемся, что организация эффективной работы кластера станет одним из важнейших шагов к созданию полноценной университетской клиники РУДН».

По мнению президента МГМСУ им. А.И.Евдокимова академика РАН Николая Ющука, «стоматологи – особая каста. Это наиболее

организованное сообщество, не случайно они одними из первых сформировали ассоциацию, которая работает плодотворно и эффективно. Изначально они были более готовы к рыночным отношениям, чем другие их коллеги. По сути, у стоматологов налажено собственное производство по выпуску оборудования и материалов. И весь этот богатый багаж теперь вливается в мощный кластер, который подразумевает более высокую форму организации практической деятельности, а также научно обоснованный подход. В стоматологии очень много перспективных научных направлений, это ведь не только ремесло, как полагают многие, но ещё и высокая наука. Нам необходимо широко мыслить, ведь рано или поздно новые технологии придут к нам, как, например, выращивание зуба с применением клеточных технологий, но только мы будем вынуждены покупать их. Этого нельзя допустить, равно как нельзя упускать время».

Ректор РУДН Владимир Филиппов также отметил необходимость активнее заниматься фундаментальными исследованиями. Создание кластера даст возможность и другим членам этого консорциума «подтянуться» в науке. В его рамках следует предусмотреть проведение научно-практических конференций. Также стоматологам необходим научный журнал, который должен стать флагманом кластера и попасть в перечень тысячи подобных изданий, который в настоящее время формирует Минобрнауки. Медицинскому институту РУДН полезно иметь такой ориентир, как МГМСУ и подниматься до его высот. А в настоящее время нужно готовиться к первому заседанию совета кластера и поскорее приступить к работе.

Не приходится сомневаться, что объединение усилий стоматологов МГМСУ и РУДН поможет повысить качество и конкурентоспособность медицинского образования и науки.

Александр ИВАНОВ,
обозреватель «МГ».

Фото
Александра ХУДАСОВА.

Ориентиры

Лабораторная диагностика в Челябинской области переходит к трёхуровневому принципу работы. Цель этих изменений – повышение доступности и качества исследований, эффективности использования материально-технических, кадровых ресурсов и имеющегося парка лабораторного оборудования медицинских организаций.

Трёхуровневая система оказания медицинской помощи подразумевает одновременно «приближение» здравоохранения к каждому жителю области и оптимизацию процессов. Добиться этого можно за счёт грамотной маршрутизации потоков. Первый уровень – первичная медико-санитарная помощь, второй – специализированная помощь, которую оказывают многопрофильные межрайонные центры. Третий уровень представлен крупными мощными клиниками, распола-

Лабораторная служба на трёх уровнях

гающими самым современным оборудованием и высококвалифицированными специалистами. В каждом случае в зависимости от ситуации и сложности диагноза определяется, в учреждении какого уровня должен лечиться пациент.

Теперь на этот принцип переходит и лабораторная служба. Сегодняшние возможности лабораторной диагностики довольно обширны, и врачи охотно пользуются ими. Часто недостаточно ограничиться простым набором анализов, требуется проведение более сложных и дорогостоящих исследований. Размещать соответствующую аппаратуру в каждом населённом пункте невозможно, но техника, имеющаяся в консультационно-диагностических центрах областной больницы № 4, Миасской городской

больницы № 4 и центральной медсанчасти Магнитогорска, способна обрабатывать анализы со всей области. Поэтому Минздрав Челябинской области подготовил приказ, предполагающий создание трёхуровневой системы лабораторной службы.

В соответствии с приказом клиничко-диагностические лаборатории первого уровня, которые работают, как правило, в составе небольших медицинских учреждений, ориентированы, в первую очередь, на забор биоматериала, а также проведение общеклинических исследований. Большинство медицинских учреждений региона – городские и центральные районные больницы – имеют в своём составе лаборатории второго уровня, которые предполагают более широкий перечень

оборудования и исследований. К третьему уровню отнесены наиболее крупные высокооснащённые медицинские учреждения, которые имеют возможность для проведения наиболее сложных и дорогостоящих видов исследований. Те исследования, которые лаборатории первого и второго уровней не имеют возможности провести самостоятельно, согласно утверждённому алгоритму будут направляться в одну из трёх лабораторий третьего уровня: областную клиническую больницу № 4, городскую больницу № 4 Миасса или центральную медико-санитарную часть Магнитогорска. Таким образом, данные медицинские учреждения возьмут на себя основной объём проведения лабораторных исследований в рамках обязательного медицин-

ского страхования на территории Челябинской области.

– Такая система позволит жителям области пользоваться большим спектром лабораторных исследований, при этом им не нужно будет ехать, как раньше, в большой город, в крупную больницу, чтобы сдать анализы, так как принимать биоматериал у них будут в лечебных учреждениях на местах, – объясняет министр здравоохранения Челябинской области Сергей Кремлев. – Существенно сократится и время ожидания результата: необходимые данные будут передаваться по защищённому каналу связи между учреждениями.

Мария ХВОРОСТОВА,
внешт. корр. «МГ».

Челябинск.

Ушедший год был весьма непростым для нашего здравоохранения. Набирает обороты оптимизация, под которой, с одобрения Минздрава России, регионы, к сожалению, понимают чаще всего механическое сокращение коек и перекраивание штатных расписаний медучреждений в пользу увеличения нагрузки на ограниченное число врачей.

Без базовых стандартов денег никогда не будет достаточно

Фонд независимого мониторинга «Здоровье» регулярно получает письма от медицинских работников о том, что их зарплаты не растут, а падают, а рабочая смена становится «резиновой». Почти 70% опрошенных нами медработников свидетельствуют, что с начала 2014 г. нагрузка существенно возросла, а за переработку им не доплачивали. Порядка 50% врачей говорят, что их доход не превышает 20 тыс. руб. в месяц.

В истоках финансовых проблем надо искать совсем не мифический процент расходов ВВП на здравоохранение, а смотреть на то, по каким правилам расходуются средства. Напомню, в федеральном бюджете на 2015 г. ВВП заложили в объёме 73,1 трлн руб. При этом на здравоохранение планировалось потратить чуть менее 372 млрд руб. В 2016 г. ВВП должен вырасти до 78,7 трлн руб., а траты на здравоохранение – до 476 млрд. То есть денег становится больше!

Но их никогда не будет достаточно, если не принять базовые финансовые документы для отрасли, в первую очередь стандарты медицинской помощи, по которым можно рассчитать стоимость каждого случая лечения. Эта работа сегодня Минздравом России брошена на трети пути. А без стандартов нельзя верно рассчитать подушевые нормативы и тарифы ОМС, от которых зависят качество и доступность медпомощи для пациентов, зарплаты врачей и эффективная работа учреждений в госсекторе. Недостаточен размер тарифа – возникают приписки, липовая отчётность, все силы сотрудников сосредотачиваются на том, чтобы заполнить кучу бумаг во имя исполнения заведомо нереального плана.

Итоги и прогнозы

Оптимизация как она есть

Об итогах минувшего года и перспективах наступившего – директор Фонда независимого мониторинга «Здоровье», член центрального штаба Общероссийского народного фронта и Общественной палаты РФ Эдуард Гаврилов



Эдуард Гаврилов (второй слева) во время одного из заседаний центрального штаба ОНФ

Достигнуты мифические показатели – у главного врача прибавка к зарплате.

Не зная, сколько средств нужно региональному здравоохранению, не анализируя структуру заболеваемости и смертности, не имея базы для утверждения экономически обоснованных тарифов, субъекты РФ идут по пути наименьшего умственного сопротивления. Сказали оптимизировать расходы – приказывают убрать профильные койки в больницах, «оптимизируют» фельдшерско-акушерские пункты, сливают детские и взрослые, в том числе инфекционные, отделения, как в Навашинской ЦРБ Нижегородской области или в Лоухском районе Карелии. А врачи вынуждены соблюдать любые административные «новации», чтобы не потерять рабочее место. Понятно, что места пациенту в этой ситуации не находится.

В некоторых регионах, например в Забайкалье, при дефиците неврологических коек более 10 лет не могут достроить и принять в эксплуатацию кардиоожевый центр, в который вместе с оборудованием вложено 600 млн руб. Мы были там, слышали уверения, что вот-вот. И что же? Срок вновь перенесён – теперь власти обещают открыть центр в первом полугодии 2016 г.

Посредники-страховщики заработали за 2 года 50 млрд руб.

Рядом с проблемами финансового менеджмента в здравоохранении стоит вопрос участия страховых компаний в системе ОМС. Эту проблему уже неоднократно поднимал и Президент России. По данным Счётной палаты РФ, страховщики, которые, по сути, являются посредниками при передаче денег из территориальных фондов ОМС в лечебные учреждения, за 2 года заработали 50 млрд руб.

Значительная часть этих средств – процент от штрафов за неверно заполненную врачами документацию (не там запятая или почерк плохой) или за несоответствие стандартам медпомощи. А на деле этих стандартов просто нет пока или они приняты с явными абсурдными положениями. К примеру, утверждённые Минздравом России стандарты при рассеянном склерозе, трансплантированном сердце или носовых кровотечениях предписывают пациентам любого возраста посещать врача-педиатра, а при бесплодии всем, включая мужчин, оказывается, показан осмотр гинеколога. Безусловно, стандарты нужны, но приниматься эти документы должны с умом, кроме того, они должны обновляться.

Абсурдные требования и оголтелая оптимизация превращают врачей в закоренелых циников, а пациентов – в клиентов платных клиник или «ухаживаемых кладбищ». Не желая ждать несколько месяцев госпитализации или МРТ, люди всё чаще прибегают к помощи за деньги. Кстати, нередко в том же медучреждении, где они обслуживаются по полису ОМС. Об этом нам рассказывали в прошлом и в этом году жители Тверской, Орловской, Липецкой, Свердловской областей и других регионов. В целом объём платных медицинских услуг по итогам 2014 г. перевалил за 450 млрд руб., рост составил 25%. Это тревожный симптом, говорящий о том, что отлаженная сеть государственных медучреждений работает не на благо пациента. Кстати, об этом же свидетельствует и рост смертности населения, составивший в 2015 г., по последним данным Росстата за 10 месяцев, 2,5%.

Часто мы, как и рядовые граждане, получаем отписки, но у нас есть возможность влиять на решение системных проблем здравоохранения через площадку Общероссийского народного фронта, в центральный штаб которого я вхожу. Так, в этом году после года борьбы мы вместе с родительскими организациями отстаивали право на замену вышедших из строя речевых процессоров для детей-инвалидов.

В РФ с 2008 г. операции кохлеарной имплантации проводятся за счёт средств бюджета: это более 1,2 млн руб. за каждое вмешательство. Свыше 8 тыс. глухих детей уже прошли через операции, они научились слышать, многие пошли в обычные сады и школы. Но речевой процессор – часть системы – имеет срок службы 5 лет. Этот прибор стоит от 250 тыс. до 750 тыс. руб. в зависимости от производителя. У семей детей-инвалидов нет таких средств. После активной побудительной работы нашего фонда Минздрав принял необходимые документы, и в итоге около тысячи ребят получат новые приборы за счёт средств обязательного медицинского страхования по итогам 2015 г. И впредь замена будет проводиться каждые 5 лет за счёт ОМС.

Средства на диспансеризацию используются неэффективно

На форуме ОНФ «За качественную медицину!» мы в том числе подняли вопросы длительных сроков ожидания диагностики и необходимости контроля за диспансеризацией, на которую, к примеру, в 2014 г. было затрачено 70 млрд руб. Работа по раннему выявлению заболеваний важна для сохранения человеческого потенциала нашей страны. Но что мы видим сегодня? По итогам прошлого года только 6% заболевших впервые выявлено в ходе диспансеризации, на селе – в 2 раза меньше. Это говорит о низкой эффективности используемых средств. А если учесть, что значимая часть отчётов о проведённых осмотрах – приписки медучреждений в борьбе за финансирование, то эффективность стремится к нулю. Пора Минздраву России повернуться лицом к пациентам и врачам.

Подготовил
Иван МАЛОВ.
МИА Сити!

Проекты

В Кузбассе стартовал новый телемедицинский проект для «сердечников». В первом полугодии 2016 г. в 7 больницах различных территорий области начнут работать специализированные антикоагулянтные кабинеты – в дополнение к антикоагулянтному центру, который уже действует на базе Кемеровского кардиологического диспансера. Цель создания кабинетов – повышение эффективности и безопасности антикоагулянтной терапии у пациентов, которым установлены протезы клапанов сердца, а также у тех, кто страдает от некоторых видов сердечных аритмий, тромбоза глубоких вен и тромбозмболии лёгочной артерии.

Чтобы уменьшить свёртываемость крови, эти больные должны постоянно принимать антикоагулянты. Золотым стандартом такой терапии считается препарат варфарин. В процессе подбора терапевтической дозы варфарина

Телемедицина для «сердечников»

контроль за состоянием пациентов должен проводиться раз в 3-5 дней, в последующем – не менее одного раза в месяц. В случае изменения лекарственного или пищевого режима пациентам рекомендуется внеочередное тестирование уровня гипоксагуляции, поскольку при значении международного нормализованного отношения (МНО) ниже целевого диапазона возникает угроза тромботических осложнений. А при значениях, превышающих терапевтический диапазон, – риск жизнеугрожающих кровотечений...

«Назначение и контроль за приёмом варфарина – прерогатива

кардиологов. Однако в большинстве территорий Кузбасса их сегодня не хватает, – комментирует главный кардиолог Демартапента здравоохранения Кемеровской области Сергей Макаров. – Плюс есть проблема диагностики: разные методики проведения анализов у одного и того же больного показывают различные результаты. Это также мешает подбору правильной дозировки лекарств. В Кузбассе сегодня проживают около 18 тыс. пациентов с показаниями для назначения варфарина. Чтобы взять их под особый контроль, и было решено внедрить систему централизованного контроля».

Определить МНО пациенты смогут в любом антикоагулянтном кабинете Кузбасса. Для их оснащения уже закуплено единое оборудование для оценки свёртываемости крови, похожее на портативные глюкометры «диабетиков». Прибор выдаст результат через минуту. Ориентируясь на него, обученный пациент сам сможет скорректировать дозу варфарина. Кроме того, по защищённым каналам связи результаты будут передаваться на центральный сервер в Кузбасский кардиоцентр. Специалисты центра в режиме он-лайн смогут контролировать состояние боль-

ного и в случае необходимости свяжутся с ним по телефону для экстренной консультации. Многочисленные исследования показывают, что создание такой централизованной системы позволяет не только снизить частоту тромботических инсультов и связанных с ними госпитализаций и инвалидизации пациентов. В 2-3 раза снижается и частота варфаринзависимых кровотечений.

«Всё это позволит улучшить качество и прогноз жизни наших пациентов», – считает С.Макаров.

Напомним: в Кузбассе это уже второй телемедицинский проект для «сердечников». Первый стартовал в конце 2013 г. и был нацелен на дистанционную диагностику инфарктов. На сегодняшний день в его рамках проведено уже более 14 тыс. телеконсультаций ЭКГ.

Валентина АКИМОВА,
соб. корр. «МГ».

Кемерово.

Сотрудничество

Повышению потенциалов Восточной Европы и Центральной Азии, Африки и Юго-Восточной Азии по профилактике и реагированию на угрозы, вызванные инфекционными болезнями, призвана содействовать помощь в обеспечении санитарно-эпидемиологического благополучия, оказываемая Роспотребнадзором зарубежным странам.

Снижая риски

Эта помощь нуждающимся странам, а также содействие в соответствии с решениями Правительства РФ интеграционным процессам на евразийском пространстве остаются важнейшими составляющими деятельности Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор). Большое внимание при планировании мероприятий по оказанию содействия нуждающимся странам уделяется актуальности и эффективности предоставляемой помощи. В результате благодаря реализации мероприятий по укреплению потенциала в обеспечении санитарно-эпидемиологического благополучия стран-реципиентов снижаются риски завоза и распространения инфекционных болезней для Российской Федерации.

Работа по оказанию помощи странам Восточной Европы и Центральной Азии в борьбе с ВИЧ/СПИД и корью в рамках реализации распоряжений Правительства РФ в 2015 г. была сфокусирована на проведении региональных семинаров и конференций для стран СНГ. Для оценки эффективности оказанной помощи и мест размещения медицинского оборудования были организованы инспекционные визиты специалистов Роспотребнадзора в страны-реципиенты. За 2015 г. такие выезды, как сообщила пресс-служба ведомства, были организованы в республики Беларусь, Таджикистан, Азербайджан, Армения и Киргизскую Республику, которые получили российскую помощь в рамках программы по борьбе с ВИЧ/СПИД и другими инфекционными болезнями.

Только в 2014-2015 гг. в её рамках тестирование на ВИЧ/СПИД и другие инфекции прошли в странах СНГ более 300 тыс. человек, обучено около 1500 работников здравоохранения. Свыше 85 тыс. трудовых мигрантов охвачены услугами по профилактике инфекционных болезней, более 28 тыс. беременных женщин прошли консультирование и тестирование на ВИЧ-инфекцию, увеличен охват детей ранней диагностики ВИЧ-инфекции в возрасте до 8 недель. Также передано оборудование для вирусологических лабораторий и диагностикумов, разработаны научно-методические пособия.

Помощь будет продолжена

В наступившем году Правительством РФ принято решение

С инфекцией шутки плохи

Растёт роль России в реализации глобальных программ



о продолжении в 2016-2018 гг. оказания содействия странам Восточной Европы и Центральной Азии в борьбе с ВИЧ/СПИД и другими инфекциями, в рамках которого проводится обучение специалистов лабораторий, поставка безвозмездного лабораторного оборудования и тест-систем странам партнёрам, а также проведение совместных эпидемиологических исследований.

Начата реализация программы содействия странам-партнёрам во внедрении и долгосрочном выполнении Международных медико-санитарных правил (ММСП) Всемирной организации здравоохранения. Программа реализуется Роспотребнадзором в партнёрстве с ВОЗ. В этом году реципиентами программы стали Белоруссия и Казахстан, которым переданы в дар по две мобильных лаборатории, предназначенные для индикации возбудителей инфекционных болезней как в биологическом материале, так и в объектах окружающей среды с использованием методов ускоренной и экспресс-диагностики. В 2016 г. реципиентами этой программы станут Армения, Киргизия, Таджикистан и Узбекистан. В рамках данной программы в 2015 г. подписаны соглашения о сотрудничестве в области ММСП с Министерством здравоохранения Республики Беларусь и Комитетом по защите прав потребителей Республики Казахстан.

Значительные средства в 2015 г. были выделены Правительством РФ на содействие новым членам Евразийского экономического союза – Армении и Киргизии – в целях укрепления материально-технической базы лабораторий и пунктов пропуска через государственные границы,

а также обучения специалистов для повышения потенциала по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия и санитарной охраны территорий.

Активно развивается взаимодействие с Вьетнамом в контексте общего развития сотрудничества Роспотребнадзора со странами Юго-Восточной Азии. В рамках визита председателя Правительства РФ Дмитрия Медведева в Социалистическую Республику Вьетнам подписан план мероприятий по реализации Программы сотрудничества Роспотребнадзора и Министерства здравоохранения этой страны по оказанию ей помощи в обеспечении санитарно-эпидемиологического благополучия. План рассчитан на 3 года. Он включает конкретные практические мероприятия, направленные на осуществление совместной научной деятельности, оказание практической и методической помощи в организации санитарно-эпидемиологического надзора, укреплении лабораторной сети. Предусмотрены также поддержка национальных программ иммунизации, взаимодействие при обеспечении безопасности поставляемой пищевой продукции и т.д. Ряд мероприятий плана направлен на оказание содействия Вьетнаму в обеспечении санитарно-эпидемиологического благополучия непосредственно в туристических зонах.

В 2015 г. специалисты 11 научных организаций Роспотребнадзора осуществили визит в совместный российско-вьетнамский Тропический научно-исследовательский и технологический центр. Цель – проведение совместных научных исследований и лекционных курсов для вьетнамских специалистов, включающих в свои тематики

как эпидемиологические, так и гигиенические аспекты.

Вместе против Эболы

Российская Федерация принимала активное участие в ликвидации вспышки лихорадки Эбола, в том числе в оказании помощи пострадавшим странам Африки. Оперативное лабораторное обеспечение международных противоэпидемических мероприятий в Гвинейской Республике осуществляла специализированная противоэпидемическая бригада Роспотребнадзора.

Деятельность Роспотребнадзора включала не только непосредственное участие специалистов ведомства в ликвидации вспышки болезни, но и выстраивание долгосрочного сотрудничества с пострадавшими странами. Так, инициирована комплексная программа российско-гвинейского научно-технического сотрудничества в области изучения инфекционных болезней в Гвинейской Республике, в рамках которой запланировано создание Российско-Гвинейского научно-исследовательского центра эпидемиологии и профилактики инфекционных болезней.

Кроме того, Роспотребнадзор от лица Российской Федерации принимал участие в обсуждении вопросов противодействия распространению вспышки лихорадки Эбола на площадках международных организаций, в том числе в подготовке и согласовании резолюций по вопросам борьбы с Эболой и укрепления глобального потенциала по реагированию на вспышки инфекционных болезней. Документы были приняты на специальной и очередной сессиях Исполнительным комитетом ВОЗ и Всемирной ассамблеей здравоохранения.

Ради достижения
здоровой жизни

Роспотребнадзор является активным участником международных усилий по достижению целей развития тысячелетия и новых целей устойчивого развития, значительное место среди которых занимают противодействие инфекционным болезням, достижение должного качества и безопасности пищи, воды и предупреждение загрязнения атмосферного воздуха как неотъемлемые элементы достижения здоровой жизни и благополучия людей всех возрастов.

Ведомство не только проводит работу по оказанию содействия пострадавшим от вспышки инфекции странам, но и принимает активное участие в процессе реформирования структуры международного реагирования на подобные масштабные и долговременные чрезвычайные ситуации в области общественного здравоохранения. Помощь, оказываемая нуждающимся странам в профилактике и борьбе с инфекционными болезнями, не только укрепляет собственный потенциал стран – партнёров России в борьбе с инфекционными болезнями и обеспечении санитарно-эпидемиологического благополучия населения, но и снижает потенциальные риски завоза и распространения опасных инфекций на территории РФ.

В наступившем году планируется направить усилия на выполнение следующих задач в сфере оказания содействия зарубежным странам:

- реализация программы научно-технического сотрудничества с Гвинейской Республикой;
- осуществление программы помощи странам СНГ во внедрении ММСП;
- начало реализации второго этапа программы помощи странам Восточной Европы и Центральной Азии в борьбе с ВИЧ/СПИД в 2016-2018 гг.;
- продолжение взаимодействия с Вьетнамом в контексте общего развития сотрудничества со странами Юго-Восточной Азии;
- инициация программ сотрудничества с сопредельными государствами для снижения рисков завоза и распространения на территории Российской Федерации чумы из трансграничных природных очагов;
- реализация программы помощи по ликвидации полиомиелита.

Итогом успешного исполнения обозначенных инициатив станет общее повышение потенциалов указанных выше регионов по профилактике и реагированию на угрозы, вызванные инфекционными болезнями. Как следствие, роль Российской Федерации в качестве одного из основных участников глобальных программ содействия международному развитию ещё более укреплится.

Иван ВЕТЛУГИН.

МИА Сити!

Новости

Чтобы не было неожиданностей

Тренировочное учение по выявлению больных с подозрением на опасные инфекционные болезни провело территориальное Управление Роспотребнадзора по Ульяновской области совместно с Министерством здравоохранения региона. Цель учений – дать оценку слаженности действий специалистов из различных служб и ведомств.

– В этих учениях были задействованы врачи первичного звена, медики скорой медицинской помощи, а также врачи крупного лечебного учреждения с круглосуточным стационаром. В настоящее время по поручению губернатора регион готовится к мировому первенству

по хоккею с мячом, вовлечены все профильные ведомства. Такая тактическая подготовка с отработкой оперативного реагирования на различные внештатные ситуации, касающиеся охраны здоровья жителей и гостей области, просто необходима, – пояснил заместитель

председателя правительства – министр здравоохранения Ульяновской области Павел Дегтярь.

Параллельно с учебной госпитализацией врачи городской поликлиники № 1 провели комплекс противоэпидемических мероприятий среди членов хоккейной команды в одной из гостиниц города.

Виктория ГУРСКАЯ,
внешт. корр. «МГ».

Ульяновск.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 5 (1944)

Геморрой (греч. haimorrhoids – кровотечение; varices haemorrhoidales; устаревшее – почечуй) – расширение кавернозных вен (телец) дистального отдела прямой кишки и заднего прохода, сопровождающееся определёнными клиническими симптомами.

История лечения геморроя начинается с XVIII века до н.э., в те времена знаменитые врачи вносились в кодекс Хаммурапи, и среди них были врачи, лечившие геморрой. Древние китайские врачи 1100-1000 гг. до н.э. выполняли инъекции в геморроидальные узлы. В научных трудах Гиппократ 460-377 гг. до н.э. имелся раздел «О геморроидах». Авл Корнелий Цельс в I веке до н.э. впервые письменно указал на один из древних методов лечения геморроя – перевязку геморроидальных узлов. Развитию учения о геморрое способствовали труды отечественных хирургов (П.Бутковский, 1830; Н.Склифосовский, 1889; И.Спижарный, 1891; А.Мартынов, 1927; В.Брайцев, 1952; А.Рыжих, 1956; А.Аминев, 1969; В.Фёдоров, 1984; Г.Воробьев, 2006).

Геморрой является одним из самых распространённых заболеваний человека и наиболее частой причиной обращения к колопроктологу. Распространённость заболевания составляет 130-145 человек на 1000 взрослого населения, а его удельный вес в структуре заболеваний толстой кишки колеблется от 34 до 41%. Данная патология одинаково часто встречается у мужчин и женщин. Современный темп жизни сопровождается усилением гиподинамии и сопровождается постоянным застоем кровообращения в органах малого таза, и в первую очередь в прямой кишке. Это, в свою очередь, приводит к росту заболеваемости геморроем, которым всё чаще страдают люди молодого трудоспособного возраста.

Этиология и патогенез

Геморроидальные узлы в нормальном состоянии представляют собой сосудистые кавернозные образования, которые в процессе нормального эмбриогенеза закладываются в подслизистом слое дистального отдела прямой кишки перед аноректальной линией (внутренние узлы) и в анальном канале под кожей промежности (наружные узлы). Увеличение геморроидальных узлов происходит из-за нарушения кровообращения – застоя крови в кавернозных образованиях. Увеличенные геморроидальные узлы смещаются в дистальном направлении. Вследствие нарастающих дистрофических процессов и ослабления их удерживающего связочного аппарата происходит выпадение узлов. Развитию этих изменений способствуют такие неблагоприятные факторы, как сидячий образ жизни, ограниченное употребление растительной клетчатки, запор, беременность, злоупотребление алкоголем.

Основными причинами, приводящими к развитию геморроя, являются гемодинамический и дистрофический факторы. Первый заключается в дисфункции сосудов, обеспечивающих приток и отток крови в кавернозных образованиях, что приводит к их переполнению, способствуя тем самым патологическому увеличению геморроидальных узлов.

Дистрофические процессы в общей продольной мышце подслизистого слоя прямой кишки и связке Паркса, удерживающих кавернозные тельца в анальном канале, приводят к постепенному и необратимому смещению геморроидальных узлов – их выпадению.

При начальных стадиях геморроя наблюдаются функциональные изменения в кавернозных венах и, следовательно, имеется возможность обратимости патологического процесса. Доказано, что геморроидальные узлы в начальных стадиях могут редуцироваться на длительное время и снова появляться под действием неблагоприятных факторов. Выпадение геморроидальных узлов в поздних стадиях обусловлено нарушением эластических свойств мышечных структур, удерживающих геморроидальные узлы в анальном канале.

Клиника

Симптомокомплекс хронического течения заболевания складывается из повторяющихся кровотечений, обусловленных дефекацией и выпадением геморроидальных узлов из заднего прохода. Кровотечение

как основной симптом геморроя отмечается более чем у 50% пациентов. Выделение крови из заднего прохода является наиболее частой причиной обращения к врачу. У 80% пациентов отмечается выделение алой крови во время дефекации или сразу после неё, у 20% выделение крови происходит между дефекацией. Кровь, как правило, алая, без сгустков. У некоторых пациентов постоянное выделение крови приводит к снижению гемоглобина и развитию анемии.

Геморрой в практике врача поликлиники

Вторым по частоте симптомом, характерным для геморроя, является выпадение геморроидальных узлов. Между увеличением длительности заболевания, его стадий и частотой выпадения геморроидальных узлов имеется прямая зависимость. Выпадение геморроидальных узлов как первый симптом выявляется при обращении к врачу у незначительной части пациентов. С увеличением длительности заболевания свыше 10 лет число больных с выпадением геморроидальных узлов почти в 2 раза превышает число пациентов с кровотечением из заднего прохода. Боль в заднем проходе, характерная для длительного течения заболевания с частыми обострениями, нередко причина обращения к врачу.

Основной болевой синдром при хроническом геморрое чаще всего является хроническая анальная трещина. Дискомфорт и анальный зуд более характерны для поздних стадий хронического геморроя. Практически у всех пациентов с выделениями слизи из анального канала отмечаются сопутствующие заболевания прямой и ободочной кишки. Перечисленные симптомы нельзя назвать патогномичными для хронического геморроя, так как они могут быть при других патологических состояниях толстой кишки. К основным клиническим симптомам острого геморроя относятся боли в области заднего прохода и прямой кишки, появление плотного болезненного образования в области расположения наружных и/или внутренних геморроидальных узлов, профузное обильное выделение крови из прямой кишки, не останавливающееся с помощью консервативных мероприятий.

При развитии воспалительных осложнений острого тромбоза геморроидальных узлов с переходом воспалительного процесса на окружающие ткани, параректальную клетчатку возможно появление общих воспалительных симптомов, таких как повышение температуры тела.

Классификация

В зависимости от клинических проявлений выделяют хроническое и острое течение геморроя. По отношению к зубчатой линии геморрой разделяют на внутренний, наружный, комбинированный.

При хроническом течении заболевания выделяют 4 стадии

Для 1-й стадии характерно кровотечение, без выпадения узлов. При 2-й стадии отмечается выпадение внутренних геморроидальных узлов с самостоятельным вправлением в анальный канал, с кровотечением или без него. Выпадение внутренних геморроидальных узлов с необходимостью их ручного вправления в анальный канал, с возможным кровотечением относят к 3-й стадии заболевания. При 4-й стадии диагностируется постоянное выпадение внутренних геморроидальных узлов и невозможность их вправления в анальный канал, с кровотечением или без него.

Острое течение подразделяют на 3 степени: 1-я степень – тромбоз узлов без воспалительной реакции. 2-я степень – тромбоз узлов с их воспалением. 3-я степень – тромбоз узлов с их воспалением и переходом воспаления на подкожную клетчатку, отёком периаанальной кожи, некрозом слизистой оболочки узлов.

Следует отметить, под острым течением заболевания также понимается профузное обильное кровотечение из внутренних геморроидальных узлов, требующее срочной госпитализации пациента в стационар для остановки кровотечения и проведения корригирующей терапии. Отличают первичный геморрой от вторичного, при котором патология сосудов прямой кишки связана с каким-либо заболеванием внутренних органов (цирроз печени, декомпенсация сердечной деятельности и др.).

Диагностика

При первичном обращении к врачу выявляются этиологические факторы возникновения заболевания – желудочно-кишечные расстройства, погрешности в диете, злоупотребление алкоголем, малоподвижный и сидячий образ жизни, беременность и

роды. Осмотр колопроктологом пациента осуществляется на гинекологическом кресле, в положении на спине с максимально приведёнными к животу ногами или в коленно-локтевом положении. У соматически тяжёлых больных осмотр производят в положении на боку.

При наружном осмотре области промежности и заднего прохода нужно обращать внимание на форму ануса, его зияние, наличие рубцовых изменений и деформации, состояние кожных покровов и определять выраженность наружных геморроидальных узлов, степень выпадения внутренних узлов и возможность их самостоятельного вправления в анальный канал. Необходимо оценить анальный рефлекс. Для этого выполняется штриховое раздражение кожи периаанальной области с целью определения рефлекторных сокращений анального сфинктера.

При помощи пальцевого исследования прямой кишки определяются тоническое состояние анального сфинктера и сила волевых сокращений, болезненность при исследовании, наличие дефектов слизистой анального канала, объёмных образований анального канала и прямой кишки. Выполнение аноскопии помогает осмотреть анальный канал и дистальную часть прямой кишки, оценить расположение и степень выраженности внутренних геморроидальных узлов, состояние слизистой оболочки, покрывающей внутреннюю геморроидальную узлу, зубчатую линию с анальными криптами, состояние слизистой нижнеампулярного отдела прямой кишки.

Ректороманоскопия обязательна для исключения сопутствующих заболеваний прямой и части сигмовидной кишки.

Фиброколоноскопия или ирригоскопия показана с целью исключения новообразований, воспалительных изменений, характерных для язвенного колита и болезни Крона толстой кишки всем пациентам старше 50 лет. Такие исследования функционального состояния заправительного аппарата прямой кишки, как профилометрия, сфинктерометрия, электромиография показаны перед операцией у больных с изначальными клиническими признаками нарушения функции анального сфинктера. При наличии сопутствующих заболеваний других органов и систем необходима консультация смежных специалистов.

Дифференциальную диагностику следует проводить с выпадением прямой кишки, при котором выпадающее образование имеет цилиндрическую форму с чёткими границами; ворсинчатой опухолью, остროконечными периаанальными кондиломами, раком прямой кишки и анального канала, гипертрофированными анальными сосочками.

Лечение

Следует проводить индивидуальное комплексное консервативное и оперативное лечение. В полный цикл лечения и медицинской реабилитации пациентов с острым и хроническим геморроем включена работа консультативной поликлиники, диагностических служб, стационарных отделений – колопроктологического отделения (клиника госпитальной хирургии), оказывающего экстренную и плановую помощь населению, отделения восстановительной терапии.

Основным методом консервативной коррекции геморроидальных симптомов является нормализация деятельности желудочно-кишечного тракта и устранение запоров с помощью потребления адекватного количества жидкости и пищевых волокон. В качестве источника пищевых волокон традиционно применяют пшеничные отруби, морскую капусту и льняное семя в их природном виде или в форме фармакологических препаратов. Также применяют семена и шелуху подорожника, обладающих высокой водоудерживающей способностью, что позволяет избегать натуживания при дефекации.

Однако консервативная терапия в чистом виде, направленная на нормализацию деятельности желудочно-кишечного тракта, не является самостоятельным эффективным методом лечения хронического геморроя,

особенно при 3-4-й стадиях. Фармакотерапия острого и хронического геморроя преследует также цели: купирование симптомов острого геморроя; предотвращение осложнений; профилактика обострений при хроническом течении; подготовка больного к операции; послеоперационная реабилитация.

При болевом синдроме показано применение ненаркотических анальгетиков и местных комбинированных обезболивающих препаратов в виде гелей, кремов, мазей и суппозиторий. При тромбозе геморроидальных узлов показано применение антикоагулянтов местного действия (мазевые основы, содержащие гепарин).

При тромбозе геморроидальных узлов, осложнённом воспалением окружающих мягких тканей (в случае, если исключён гнойно-воспалительный процесс), показано использование комбинированных препаратов, содержащих обезболивающие, тромболитические и противовоспалительные компоненты, а также комбинированных флеботонических препаратов. Для купирования воспаления и обезболивания применяют топические препараты и нестероидные противовоспалительные средства с комбинированным действием. При геморроидальных кровотечениях возможно использование местных препаратов в виде суппозиторий, а также системных гемостатических препаратов.

Большинству пациентов с внутренним геморроем 1-3-й стадий при неэффективности или недостаточной эффективности консервативной терапии показано выполнение малоинвазивных хирургических методов лечения: склеротерапия, инфракрасная фотокоагуляция, лигирование геморроидальных узлов латексными кольцами, дезартеризация геморроидальных узлов под контролем ультразвуковой доплерометрии, дезартеризация геморроидальных узлов с мукоексией. Малоинвазивные хирургические методы лечения направлены на уменьшение кровотока в геморроидальных узлах, уменьшение объёма узлов и фиксации их к стенке кишки. Метод лечения подбирается индивидуально для каждого пациента исходя из ведущих симптомов геморроя.

Склерозирование внутренних геморроидальных узлов может применяться при 1-3-й стадиях кровоточащего геморроя, причём наибольшая эффективность метода отмечается при кровоточащем геморрое 1-2-й стадий. Также возможно использование метода для остановки кровотечений у пациентов с любой стадией геморроя в случае осложнения заболевания развитием постгеморрагической анемии средней и тяжёлой степени. Противопоказанием для склерозирования внутренних узлов является острый геморрой, острый парапроктит, анальная трещина. Эффективность данного метода составляет 75-89%. Послеоперационный период характеризуется низкой интенсивностью или полным отсутствием болевого синдрома.

Инфракрасная фотокоагуляция геморроидальных узлов показана при кровоточащем геморрое 1-2-й стадий. Противопоказанием: воспалительные заболевания аноректальной области и промежности. Эффективность метода составляет 60-70%. При поздних стадиях заболевания с пролапсом слизистой нижнеампулярного отдела прямой кишки

инфракрасная фотокоагуляция является малоэффективной.

Лигирование геморроидальных узлов латексными кольцами наиболее эффективно при 2-3-й стадиях геморроя с наличием отдельно расположенных внутренних геморроидальных узлов с чёткими границами. Противопоказанием для данной методики является циркулярный геморрой, отсутствие чётких границ между наружным и внутренним компонентом, анальная трещина, свищи прямой кишки. Лигирование латексными кольцами считается эффективным методом малоинвазивного лечения геморроя, имеет низкий процент рецидивов. Однако болевой синдром после лигирования более выражен, чем при склерозировании и инфракрасной коагуляции внутренних геморроидальных узлов.

Кроме того, после применения данной методики имеется риск возникновения тромбоза наружных геморроидальных узлов и в редких случаях могут встречаться воспалительные осложнения. При одноступенчатом лигировании более двух геморроидальных узлов увеличивается вероятность возникновения вагусных симптомов (брадикардия, гипотония, коллапс), выраженного болевого синдрома в послеоперационном периоде, а также возрастает риск рецидива симптомов геморроя по сравнению с разделением процедуры на несколько этапов с интервалом 3-4 недели.

Хорошие результаты лечения отмечаются в 65-85% случаев при наблюдении в отдалённом послеоперационном периоде.

Дезартеризация геморроидальных узлов под контролем ультразвуковой доплерометрии показана при геморрое 2-4-й стадий. Наиболее эффективен метод у больных с 2-3-й стадиями заболевания. Противопоказания: воспалительные заболевания аноректальной области и промежности. Эффективность методики составляет 81% у пациентов с 2-3-й стадиями геморроя. После операции не требуется проведение антибактериальной терапии и использование наркотических анальгетиков. Низкая интенсивность послеоперационного болевого синдрома позволяет сократить сроки реабилитации пациентов.

Дезартеризация геморроидальных узлов с мукопексией показана при геморрое 2-4-й стадий. Наиболее эффективен метод у больных с 2-3-й стадиями заболевания. Противопоказания: воспалительные заболевания аноректальной области и промежности. Хорошие результаты отмечаются в 91,8% наблюдений. После применения данной методики пациенты могут быть выписаны из стационара под динамическое наблюдение в течение 24 часов. Из возможных осложнений в послеоперационном периоде отмечены: боли при дефекации (10%), задержка мочеиспускания (5%), тромбоз наружных геморроидальных узлов (2%).

При рецидиве заболевания, сопровождающегося выпадением внутренних геморроидальных узлов, дезартеризация узлов с мукопексией может быть применена повторно. В настоящее время дезартеризация

геморроидальных узлов с мукопексией является наиболее эффективным и безопасным методом лечения больных со 2-3-й стадиями геморроя.

Хирургическое лечение показано пациентам при 3-4-й стадиях заболевания с выраженными наружными геморроидальными узлами, при неэффективности или невозможности применения малоинвазивных хирургических методов.

Геморроидэктомия остаётся одним из самых эффективных методов лечения геморроя. В то же время после операции необходим длительный период реабилитации и отмечается достаточно высокая частота осложнений, практически не встречающихся после других методик. Наиболее часто используют открытую и закрытую геморроидэктомию, которая может выполняться при помощи хирургического скальпеля, диатермокоагуляции, лазера или ультразвуковых ножниц. Ни один из видов геморроидэктомии не имеет существенного преимущества над другими. Закрытая геморроидэктомия (с восстановлением слизистой оболочки анального канала) применяется при отсутствии чётких границ между наружным и внутренним геморроидальными узлами.

Из осложнений наиболее часто встречаются признаки анальной инконтиненции (8,5%), стриктуры анального канала (2%), кровотечения в послеоперационном периоде (2,7%), запоры (4%). Открытая геморроидэктомия применяется у пациентов с 3-4-й стадиями заболевания как отдельный метод, а также в случаях сочетания геморроя с наличием воспалительных заболеваний анального канала (анальная трещина, свищ прямой кишки). Из осложнений наиболее часто встречается анальная инконтиненция (8%), острая задержка мочеиспускания (1%), кровотечения в раннем послеоперационном периоде (2%).

Подслизистая геморроидэктомия позволяет без деформации и натяжения полностью восстановить слизистую оболочку анального канала и прямой кишки с подслизистым расположением культи узла. В связи с повышенной кровоточностью тканей при подслизистом выделении кавернозной ткани операция сопровождается техническими сложностями. Наиболее частыми осложнениями данного варианта геморроидэктомии является рефлексорная задержка мочеиспускания (6%), кровотечение из ран анального канала в раннем послеоперационном периоде (1,5%).

Степлерная геморроидопексия (операция Лонго) применяется у пациентов с геморроем 3-4-й стадий, а также при сочетании геморроя с выпадением слизистой оболочки нижнеампулярного отдела прямой кишки. Целью операции является фиксация и лифтинг внутреннего геморроидального сплетения путём циркулярной резекции слизисто-подслизистого слоя нижнеампулярного отдела прямой кишки сшивающим аппаратом с формированием механического шва, что в дальнейшем препятствует выпадению внутренних геморроидальных узлов. Внутреннее и наружное сплетения в результате степлерной геморроидопексии не удаляются. В числе осложнений после данной операции в литературе описаны случаи развития

ректовагинального свища, свища прямой кишки, стриктуры прямой кишки, кровотечения, флегмоны забрюшинной клетчатки, перфорации прямой кишки.

При степлерной геморроидопексии отмечаются снижение послеоперационного болевого синдрома и более короткий срок реабилитации пациента по сравнению с традиционной геморроидэктомией. Однако процент послеоперационных осложнений как при степлерной геморроидопексии, так и при традиционной геморроидэктомии (открытая и закрытая) примерно одинаков. При сравнении результатов степлерной геморроидопексии и лигирования геморроидальных узлов латексными кольцами отмечено, что болевой синдром в послеоперационном периоде выражен сильнее после геморроидопексии.

Геморроидэктомия аппаратами LigaSure, UltraCision. Применение этих методик при геморрое 3-4-й стадий позволяет значительно уменьшить интенсивность и продолжительность болевого синдрома, сократить сроки реабилитации пациентов, существенно уменьшить частоту дизурических расстройств. Хороших результатов удаётся добиться у 96,4% оперированных пациентов. После геморроидэктомии аппаратом LigaSure отмечаются значительное снижение болевого синдрома, особенно в первые сутки после операции, уменьшение объёма интраоперационной кровопотери. Длительность операции сокращается до 9-15 минут.

После данного метода геморроидэктомии происходит сокращение сроков реабилитации пациентов. В случае преждевременного расхождения краёв ран (на 3-6-й день после операции), отмечается более длительное заживление раневых поверхностей. По сравнению с другими методами хирургического лечения геморроидэктомия аппаратом LigaSure не имеет существенных преимуществ при оценке частоты осложнений.

Лечение острого тромбоза наружных геморроидальных узлов включает в себя как динамическое наблюдение с проведением комплексной консервативной терапии, так и хирургическую коррекцию. Показанием к хирургическому лечению является острый тромбоз геморроидального узла (узлов) в случае, если сроки с момента начала заболевания составляют 48-72 часа. Во время операции производится либо удаление тромботических масс из геморроидального узла (тромбэктомия), либо производится иссечение тромбированного геморроидального узла.

Операция может быть выполнена как в амбулаторных условиях, так и в стационаре. Выполнение тромбэктомии или иссечения тромбированного узла (узлов) в течение 48-72 часов от начала заболевания приводит к сокращению сроков реабилитации пациентов. Хирургическое лечение в условиях стационара показано при больших размерах тромбированного геморроидального узла, распространении воспалительного процесса на дистальную часть анального канала и ткани периаанальной области. При тромбозе геморроидальных узлов, в случае, когда сроки от начала заболевания превышают 72 часа, показана консервативная терапия, направ-

ленная на купирование болевого синдрома и воспалительного процесса с последующим плановым хирургическим лечением.

Необходимо подчеркнуть, что не следует выполнять хирургическое лечение геморроя без обследования толстой кишки; применять малоинвазивные методы лечения при циркулярном геморрое и сливном характере наружных и внутренних узлов; выполнять малоинвазивные методы хирургического лечения при наличии гнойно-воспалительного процесса в параректальных тканях; выполнять радикальные операции у больных с 2-3-й степенями анемии.

В послеоперационном периоде до момента заживления ран пациентам требуется производить регулярную санацию анальной области с использованием сидячих ванночек со слабым раствором перманганата калия или ромашки, а также выполнять ежедневные перевязки с использованием мазевых основ, обладающих противовоспалительным и ранозаживляющим действием. Необходим ежедневный врачебный контроль за течением раневого процесса до полного заживления ран, а на период заживления ран требуется соблюдение диеты, богатой растительной клетчаткой, приём пищевых волокон для смягчения стула.

Профилактика

Основополагающим в профилактике развития геморроя является нормализация деятельности желудочно-кишечного тракта, устранение запоров, соблюдение гигиенического режима. При появлении симптомов, характерных для геморроя, необходима консультация колопроктолога. Своевременная диагностика и лечение заболевания на ранних стадиях могут значительно улучшить прогноз и уменьшить вероятность развития осложнений. Дифференцированный подход к выбору метода лечения геморроя в зависимости от стадии заболевания, применение малоинвазивных способов лечения позволяют достичь хороших результатов у 98-100 % пациентов.

Лечение пациентов с геморроем следует проводить в специализированных колопроктологических стационарах, а оперативные вмешательства должны выполняться высококвалифицированными специалистами с достаточным клиническим опытом.

Сергей КАТОРКИН,
заведующий кафедрой и клиникой
госпитальной хирургии,
доцент.

Павел АНДРЕЕВ,
ассистент кафедры и клиники
госпитальной хирургии,
кандидат медицинских наук.

Вячеслав ИСАЕВ,
главный колопроктолог
Минздрава Самарской области,
профессор кафедры
и клиники госпитальной хирургии,
доктор медицинских наук.

**Самарский государственный
медицинский университет.**

Травматическая субдуральная гигрома

Субдуральная гигрома (СГ) – ограниченное скопление жидкости в субдуральном пространстве, возникшее в результате травмы и вызывающее сдавление головного мозга.

Механизмы образования

СГ часто образуется вследствие повреждения паутинной оболочки по типу клапана, пропускающего жидкость лишь в одном направлении – из субарахноидального пространства в субдуральное. В генезе СГ могут играть роль изменения сосудов твёрдой мозговой оболочки, что обуславливает пропотевание плазмы крови в субдуральное пространство. Иногда она возникает в результате образования прямого сообщения субдурального пространства с боковыми желудочками при массивных повреждениях вещества мозга. СГ может являться конечной фазой в эволюции субдуральной гематомы. Субдуральные гигромы образуются при травмах головы различной интенсивности.

Паутинная оболочка чаще повреждается в области сильвиевой борозды, что и обуславливает характерную конвекситальную локализацию СГ. Субдуральная гигрома нередко бывает двусторонней. Порой она сочетается с гематомой (в основном субдуральной) на противоположной или противоположной стороне. Объём СГ колеблется от 40 до 200 мл, содержимое представляет собой бесцветный или кровянистый ликвор (в острых случаях)

либо ксантохромную жидкость с высоким содержанием белка (в подострых и хронических случаях). При проколе твёрдой мозговой оболочки содержимое гигромы часто вытекает струёй под давлением.

СГ встречаются в несколько раз реже, чем субдуральные гематомы.

Клиника

СГ может сформироваться как изолированно, так и в сложном сочетании с ушибом головного мозга, внутричерепной гематомой, субарахноидальным кровоизлиянием, переломом черепа. Это обуславливает полиморфность её клинической картины.

Если СГ доминирует в клинической картине, её проявление и течение напоминают таковые при внутричерепной гематоме, особенно субдуральной, с характерной трёхфазностью изменения сознания. Первичная потеря сознания часто непродолжительна и не достигает степени комы. В светлом промежутке наблюдается либо полное восстановление сознания, либо оглушение различной степени.

Спустя несколько часов или суток на этом фоне отмечаются головные боли, приступообразно усиливающиеся и имеющие обочечный оттенок (локальная болезненность, иррадиация в глазные яблоки, шейно-затылочную область, светобоязнь). Пароксизмы цефалгии временами сопровождаются рвотой. Часто наблюдаются нарушения

психики по типу лобно-каллёзного синдрома (снижение критики к своему состоянию, эйфория, апатико-абулические симптомы, дезориентация в месте и времени, мнестические расстройства, конфабуляции и т.д.), дополняемого появлением хоботкового и хватательного рефлексов. Нередко развивается психомоторное возбуждение.

В клинической картине субдуральной гигромы видное место занимают менингеальные симптомы, обусловленные раздражением мозговых оболочек скоплением ликвора и/или сопутствующим субарахноидальным кровоизлиянием. Реже они имеют стволовый генез и проявляются характерной диссоциацией по оси тела с преобладанием симптома Кернига над ригидностью затылочных мышц.

Для подострой СГ типичны прогрессирующая брадикардия и элементы начального застоя на глазном дне. Эти признаки компрессии могут предшествовать или сопутствовать вторичному выключению сознания, часто с характерной волнообразностью углубления.

Среди очаговой симптоматики ведущая роль принадлежит гомолатеральному мидриазу, контрлатеральному гемипарезу, а также (при расположении над доминантным полушарием) афазическим расстройствам. Одностороннее расширение зрачка обычно выражено умеренно и протекает с сохранением его реакций на свет. Если гемипарез обусловлен самой СГ, то он нередко отлича-

ется мягкостью и постепенностью развития. В клинике СГ часто присутствует судорожный компонент с переходом клонических судорог, первоначально возникающих в паретичных конечностях, в общий эпилептический припадок.

СГ по темпу развития сдавления мозга делятся на острые, подострые и хронические. При остром течении (с развитием компрессии мозга в первые 3 суток после травмы) обычно имеется сочетание её с другими формами черепно-мозговой травмы. При подостром течении (со сдавлением мозга в течение 4-14 суток после травмы) СГ выступают в сравнительно «чистом» виде. Хроническая форма СГ (со сдавлением мозга в сроки от 2 недель до нескольких лет) отличается от вышеописанных форм образования капсулы. Она развивается преимущественно в раннем детском возрасте и может достигать гигантского объёма (до 500 мл), вызывая атрофию вещества мозга. По клиническому развитию хроническая СГ во многом сходна с хронической субдуральной гематомой.

При любой форме течения субдуральные гигромы могут иметь двустороннее расположение. В таком случае в клинической картине обнаруживается двусторонняя пирамидная недостаточность, нередко асимметричная, за счёт преобладающего воздействия со стороны гигромы большего объёма или за счёт сопутствующего ушиба мозга.

(Окончание следует.)

Дети чувствительны к окружающей их среде, поэтому пространства, в которые они погружаются с самого рождения, начиная от детской комнаты до школы, должны быть удобными, безопасными и помогать гармоничному развитию. Если театр начинается с вешалки, то школа и детский сад – с их здания. Оно должно соответствовать всем трём законам архитектуры, сформулированным давным-давно: быть прочным, полезным, красивым. Под красотой подразумевается не только эстетическое восприятие (что, безусловно, необходимо для подрастающего поколения), но и красота полезная – для физического, душевного и духовного здоровья и развития.

Прозрачно и безопасно

В настоящее время в России функционирует свыше 48 тыс. школ и свыше 43 тыс. детских садов. К сожалению, далеко не все они соответствуют современным представлениям. Почти четверть школ вынуждены вести обучение в две, а то и в три смены.

Совсем недавно появилось распоряжение Правительства РФ «О программе «Содействие созданию в субъектах Российской Федерации новых мест в общеобразовательных организациях» на 2016-2025 гг.», согласно которому к 2025 г. все школы России должны работать в одну смену, а все учащиеся из зданий с износом 50% и выше – перейти в новые школы.

Педагоги и архитекторы сходятся во мнении, что по-настоящему эффективное образование невозможно в стенах здания, которое морально устарело. В связи с этим возникает необходимость серьёзно пересмотреть сложившиеся приёмы проектирования школьных зданий, их функциональный состав и планировочную организацию.

Образовательные стандарты меняются весьма быстро, а здания не успевают за изменениями и остаются прежними. В итоге школа оказывается непригодной к процессам, которые в ней должны протекать. Одним из ярких примеров такого несоответствия явилось увеличение еженедельного числа уроков физкультуры для школьников всех возрастов, однако количество спортивных залов в большинстве школ России не обеспечивает выполнения этого требования.

Современные представления об архитектуре зданий образовательных учреждений для детей всё в большей степени базируются на таких принципах, как прозрачность – максимум открытых для наблюдения пространств; открытость – широкие коридоры, просторные рекреации, высокие потолки; пространства для общения, самоподготовки; трансформируемость – в большинстве помещений должны быть предусмотрены встроенные в стены звукопоглощающие перегородки, позволяющие делить помещение на зоны в разных ситуациях, адаптируя их под разные виды деятельности с разной наполняемостью детей и взрослых; многофункциональность – возможность использования одного и того же помещения для решения разных задач; привлекательность, комфортность и дружелюбность среды; экологичность и связь с окружающим миром (в рекреациях и коридорах, других помещениях обеспечить возможность наблюдать картины природы или привлекательные городские пейзажи); безопасность; ориентация на индивидуализацию; адаптивность к работе детско-взрослых коллективов, использование совместного времяпрепровождения детей и родителей, полностью «безбарьерная среда» для лиц с ограниченными возможностями здоровья.

Однако архитектура зданий образовательных учреждений, их планировочные решения определяются, в первую очередь, педагогическими соображениями, особенностями педагогического процесса. Современные требо-

может выполнение ещё одного педагогического требования – архитектурное зонирование размещения начальной, средней и старшей школы. Предлагается следующее архитектурное решение: вокруг центрального общественного пространства школы – атриума, выстраивается композиция из блоков (началь-

функциональный спортивный зал-трансформер, бассейн, раздевалки, душевые и мини-стадион на участке.

В школах (это справедливо и для детских садов) необходимо обеспечить безбарьерную среду для детей с ограниченными возможностями здоровья.

Одно из новых и непривычных

информатики не может обеспечить комфортным рабочим местом школьников всех возрастов. Считаем необходимым в новых школах проектировать отдельный компьютерный класс для начальной школы.

Требуют своего обоснования размеры спортивных залов (с учётом современного содержа-

Авторитетное мнение

Как театр с вешалки...

Гигиенические проблемы архитектурной среды школ и детских садов становятся острее



Новые образовательные стандарты предполагают активное приобщение детей к компьютерам

вания педагогов к архитектуре школ представлены в проекте, разработанном Министерством образования и науки РФ, «Функциональные требования к зданиям и помещениям общеобразовательных организаций с учётом перспективных задач развития системы общего образования». Согласно этому документу, комфортную и одновременно развивающую образовательную среду в школах XXI века обеспечат здания, которые сами по себе могут служить учебными пособиями, их фасады и внутренняя организация пространства должны транслировать разнообразие во всём (размер, форма, цвет). При этом в каждой школе должна быть своя геометрия фасада, интерьерные решения, сочетания цветов и фактур, малые архитектурные формы, разновысотные потолки, с возможностью смены режима освещения, модульные (в том числе мягкие), раздвижные стены для мобильной трансформации и др., придающие ей неповторимость и отражающие специфику («лицо») учебного заведения.

Комфортность школ и детских садов ещё в большей степени определяется внутренним обустройством зданий. Как свидетельствуют результаты наших исследований, психоэмоциональное состояние школьников, обучающихся в зданиях с различной архитектурной средой, имеет принципиальные различия. Привлекательность образовательного пространства школы, наличие атриумов, просторных рекреаций, спортивных и тренажёрных залов, «мягких уголков», зелёных оазисов способствуют эмоциональному благополучию учащихся, о чём свидетельствует меньшая частота дискомфортных эмоциональных состояний у подростков по сравнению с их сверстниками из школы традиционно аскетичной.

Сегодня уже немало общеобразовательных учреждений работает в режиме «Школа ступеней». Успешной реализации такого подхода в обучении по-

ной, подростковой и старшей школы). В каждом «возрастном» блоке предполагается наличие спортивного зала и столовой. Блоки начальной, подростковой и старшей школы должны иметь совершенно разные конструктивные и интерьерные решения, отражающие специфику возрастной психологии и образовательной программы. При необходимости следует предусмотреть блок для групп детей дошкольного возраста. Кроме пространственного зонирования, обязательны спальни для первоклассников (обеспечивающая звукоизоляцию) и отдельная внутришкольная игровая и пришкольная территории.

Учебный класс

Какие же требования педагоги предъявляют к современным учебным классам? По их мнению, в основу учебных помещений должен быть положен принцип универсального учебного кабинета, рассчитанного на организацию фронтальных, групповых и индивидуальных форм работы. Нужна целая линейка разномастных классов: от маленького, где можно заниматься втроем-впятером, до лекционных аудиторий на три-пять классов. В современной школе должны быть лингвфонные кабинеты, кабинеты для занятий в малых группах; кабинеты или зоны для индивидуальной работы, проектной деятельности, кабинеты для проведения дистанционных занятий для длительно болеющих детей, находящихся на лечении, учащихся с ограниченными возможностями здоровья. В перечень необходимых входят: мастерские по обработке металла, дерева и тканей, кабинеты домоводства, автодела и др. Все учебные помещения должны быть оснащены мультимедийными комплектами: компьютер/ноутбук – проектор – интерактивная доска/экран и подключены к мобильному Интернету.

В ряду важных – требования к помещениям физкультурно-спортивного назначения: много-

для нас требований – эксплуатационные крыши. Рассматривается возможность использования крыш зданий образовательных учреждений в качестве рекреационного пространства и для организации физкультурно-спортивных занятий. По нашему мнению, такие архитектурные решения могут применяться лишь в условиях затесненной застройки при дефиците земельных территорий, отводимых под застройку.

Как бы ни были важны требования педагогов и архитекторов, архитектурная среда должна обеспечить оптимальные условия не только для обучения и воспитания, но и для сохранения и укрепления здоровья. Следовательно, существующие нормативы, обоснованные многие десятилетия назад, должны быть пересмотрены.

Новые нормативы

Что касается школьных зданий, то хотим обратить внимание на следующие гигиенические проблемы. Обоснование конфигурации и размера учебных помещений было выполнено с учётом использования традиционной классной доски, которую сегодня все больше заменяет интерактивная. Предъявляемая на ней информация принципиально отличается от той, которую обеспечивает меловая доска. Различаются и размеры указанных учебных досок, а от этого показателя также зависят условия зрительной работы школьников. В этой связи сегодня необходимо новое научное обоснование площади учебного помещения, обоснование норматива площади на одного ребёнка, учитывающее широкое использование различных электронных средств обучения на занятиях по различным предметам, появление новой учебной мебели, реализацию инклюзивного образования. Полагаем, что для решения этих гигиенических задач потребуются уточнение или пересмотр методического арсенала научных исследований. Новые нормативы площадей должны обеспечивать не только комфортные условия для зрительной работы, но и способствовать оптимизации показателей воздушной среды в школьных классах. Согласно результатам исследований последних лет, у гигиенистов много претензий к качеству воздушной среды в учебных помещениях, которое в значительной степени определяется размером площади учебного помещения на одного школьника, характеристиками безопасности отделочных материалов, школьной мебели.

Новые образовательные школьные стандарты предполагают активное приобщение детей к использованию компьютерных средств обучения, начиная с 1-го класса. Поэтому один кабинет

для уроков физической культуры), нормативы площади на одного ребёнка в спортивном зале, их номенклатура.

Сегодня с введением практически обязательной ежедневной внеурочной деятельности для школьников всех возрастов и востребованности групп продлённого дня, особенно в начальной школе, многие школы работают в режиме полного дня. Гигиеническая оценка архитектурно-планировочных решений, включая пришкольные участки большинства обследованных нами общеобразовательных учреждений, значительная часть которых спроектирована и построена несколько десятилетий назад, показала, что они не позволяют в полной мере обеспечить необходимые условия для обучения и воспитания в школах полного дня, реализации внеурочной деятельности в соответствии с новыми образовательными стандартами. Это, прежде всего, касается помещений для полноценной организации спортивно-оздоровительной работы, подготовки домашних заданий, игровой деятельности, развёртывания дополнительного образования, дневного сна первоклассников, уединённого отдыха детей и др.

Педагогические требования к школам полного дня практически тождественны тем, которые сформулированы нами в ходе проводимых исследований (наличие достаточного по площади и благоустроенного для прогулок и занятий физкультурой пришкольного участка, не менее двух залов для организации двигательной-активных занятий и зала для занятий ЛФК, тренажёрного зала, бассейна; помещения для дополнительного образования; наличие игровых помещений и спален для учащихся 1-х классов, самостоятельного блока начальной школы), однако эти результаты пока ещё не нашли своего отражения в санитарных правилах.

Хотелось бы коснуться и обустройства достаточно важных школьных помещений – рекреаций. Современными исследованиями доказано, что оптимальными из них являются рекреации зального типа, позволяющие оптимизировать двигательную активность детей на переменах. Зарекомендовала себя и такая планировка, в которой автономные рекреационные пространства связаны с главным общешкольным рекреационным пространством.

Марина СТЕПАНОВА,
заведующая отделом,
доктор медицинских наук,
профессор.

Берта ВОРОНОВА,
ведущий научный сотрудник
НИИ гигиены и охраны здоровья
детей и подростков НЦЗД
Минздрава России,
кандидат медицинских наук.
Фото Юрия ЛУНЬКОВА.

С этикой не поспоришь

Профессор кафедры глазных болезней Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова доктор медицинских наук Сергей Борзенко заведует Центром фундаментальной офтальмологии МНТК «Микрохирургия глаза» им. С.Н.Фёдорова и уже более 30 лет занимается темой трансплантации тканей. Вместе с коллегами из других научных институтов здесь разрабатывают методы эффективной консервации донорских тканей и клеток для последующей пересадки реципиентам, занимаются моделированием иммунного ответа организма и на самую операционную травму, и на перенос донорского материала. Ещё одно направление – конструирование искусственных роговиц из различных материалов, начиная от полимерных и заканчивая биологическими. Последняя задача актуальна в мировом масштабе, так как пересадка роговицы занимает первое место по количеству в структуре всех операций в трансплантологии. Но для России она актуальна вдвойне из-за сохраняющегося дефицита трупного донорского материала.

До 1990 г. бывший СССР по праву считался мировым лидером в разработке проблемы отбора и трансплантации трупных роговиц благодаря «Филатовскому декрету». Постановление Совнаркома РСФСР № 1607 от 15.09.1937 «О порядке проведения медицинских операций» гласило: «Тела граждан после смерти становятся собственностью государства и могут использоваться в интересах науки и общества...». Таким образом, была утверждена возможность беспрепятственного забора трупных глаз человека для пересадки роговицы.

В 1992 г. в Российской Федерации впервые принят Закон о трансплантации органов и тканей, который привёл нормативно-правовые основы этого раздела медицины в соответствие с международными принципами защиты прав и достоинства человека, и уже через год в стране возник острый дефицит донорских тканей и органов, сохраняющийся до сих пор.

Появившиеся недавно технологии послойной кератопластики позволили офтальмохирургам использовать одну роговицу для пересадки двоим пациентам. Но это лишь частичное решение проблемы, такой подход не всегда возможен. Поэтому «гонка на длинной дистанции» по разработке новых технологий трансплантологии продолжается, и в ней участвуют десятки научных лабораторий мира, в том числе российские.

Проблемы и решения

Где взять новую роговицу?

Острый дефицит донорского материала заставляет учёных создавать биоискусственные ткани для пересадки

Современная мировая фундаментальная наука напоминает групповой лыжный забег: спортсмены уходят со старта одновременно, в какой-то момент оказываются на параллельных лыжах, но к финишу первым приходит не тот, у кого лучше смазаны лыжи, а кто выбрал правильную стратегию гонки. Иными словами, придумал и реализовал прорывную идею.

Примерно такая ситуация сегодня в исследованиях, посвящённых решению проблем трансплантологии. Какие-то научные центры, например, в Японии, получают миллиардное (в долларовом исчислении) финансирование на работы по клеточным технологиям для регенеративной медицины. А какие-то, например в России, обходятся средствами, выделяемыми в рамках государственного задания, и весьма умеренными отечественными грантами.

Но сказать, что глубина и ценность самой научной мысли напрямую зависит от денег, было бы несправедливо.

Маленькая клетка – большие возможности

По словам Сергея Борзенка, научный коллектив, которым он руководит, решает параллельно сразу несколько важных задач регенеративной офтальмологии. Одно из направлений работы – поиск способов избежать иммунной агрессии организма пациента на пересаженную роговицу глаза и обеспечить прозрачное приживление после операции при кератопластике высокого риска. Речь идёт о пациентах с ожогами глаз, а также о тех, кто уже перенёс две-три и больше пересадок роговицы. В этих случаях в организме происходит накопление тканево-специфических антител, провоцирующих отторжение трансплантата.

В рамках совместных фундаментальных исследований по экспериментальной и клинической иммунологии специалисты Научного центра здоровья детей и МНТК «Микрохирургия глаза» выяснили, что на основе специального ферментного анализа может быть составлен индивидуальный прогноз операции у каждого пациента, которому предстоит пересадка донор-

ской роговицы: благоприятный, неопределённый или неблагоприятный, когда вероятность помутнения трансплантата велика. А терапия метаболитическими препаратами позволяет привести уровень нужных ферментов в состояние нормы, выполнить операцию в наиболее благоприятный период и получить желаемый результат – прозрачное приживление донорской роговицы.

Но настоящим прорывом может стать сотрансплантация клеток как вариант иммуносупрессивной терапии. Учёные МНТК «Микрохирургия глаза» предложили вместе с донорской роговицей пересаживать донорские же мультипотентные мезенхимальные стволовые клетки, взятые из лимбальной зоны. Перед пересадкой аллогенные клетки культивируют в специальных составах, после чего они начинают синтезировать противовоспалительные интерлейкины, которые способствуют профилактике раннего послеоперационного отторжения донорской роговицы при ожогах, репересадках, рецидивирующих вирусных кератитах.

В мире ведутся подобные исследования по сотрансплантации мезенхимальных стволовых клеток

при пересадке внутренних органов, но что касается исследований в области офтальмологии – приоритет за Россией.

Говоря о трансплантации роговицы, отметим, что прежде всего современная наука ищет альтернативу донорским тканям. Например, при кератоконусе пациенту может быть пересажен лишь сегмент роговицы, выполненный из пластика или олигоуретана. В МНТК «Микрохирургия глаза» параллельно тестируют биосовместимость искусственных материалов с тканями глаза и занимаются созданием биоискусственного эквивалента передних слоёв глаза. Это новое в науке направление: здесь выращивают роговицу из мезенхимальных стволовых клеток, которые получены из лимбальной зоны кадаверного глаза и посажены на матрицу. Работа ведётся во взаимодействии с учёными Московского государственного университета, которые предложили использовать для матрицы уникальный материал, изначально созданный для военных целей.

Созданием биоискусственной роговицы решается не только собственная проблема нехватки

донорского материала в офтальмотрансплантологии, но и задача по профилактике иммунологических конфликтов. Конструкция, предложенная российскими учёными, создана из таких тканей и клеток, которые в наименьшей степени способны индуцировать агрессию со стороны организма реципиента.

И, наконец, ещё одним мировым приоритетом может стать работа учёных МНТК «Микрохирургия глаза» и НИИ общей патологии и патофизиологии РАН по созданию 3D-биоэквивалента роговицы без использования какой-либо искусственной матрицы. «Мы будем собирать клетки в сфероиды, и, наращивая пул клеток, доводить объём сфероида до нужного нам размера, одновременно задавая те или иные свойства. Например, прозрачность, диаметр и толщину биоискусственной роговицы. Это возможно, если «научить» клетки вырабатывать собственный коллаген определённого типа», – поясняют авторы исследования.

Наступление на слепоту

Важное дополнение: уже упомянутые стволовые клетки из лимбальной зоны глаза показали свою перспективность в лечении глаукомы. «На стадии культивирования in vitro мы заставили лимбальные клетки вырабатывать нейротрофические факторы, которые практически перестают синтезироваться при глаукомном процессе. Именно из-за недостатка нейротрофических факторов возникают необратимые дегенеративные процессы в сетчатке. Инъекции «обученных» клеток под конъюнктиву пациентам с глаукомой могли бы использоваться для профилактики развития слепоты», – говорит профессор Борзенко.

Нейропротекция при глаукомной оптической нейропатии – тоже раздел регенеративной медицины и клеточной трансплантологии. По степени социальной значимости он не уступает другим направлениям: человечество давно ждёт избавления от глаукомы, которая неизбежно и быстро приводит к слепоте.

Есть данные, что в США такой подход уже применяется в клинической практике, но там генетически перепрограммированные стволовые клетки собирают в форму капсулы и хирургическим путём имплантируют внутрь глазного яблока. Российские специалисты поставили целью не только предложить собственный вариант подготовки стволовых клеток – в виде сфероидов, но и изменить способ их доставки к цели на миниинвазивный.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Фото
Александра ХУДАСОВА.

Современные технологии

Чисто сработано!

Результат лечения оправдал ожидания кемеровских медиков

В минувшем году Кемеровский областной клинический кожно-венерологический диспансер впервые участвовал в программе оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

Курс дорогостоящего лечения прошли 12 пациентов трудоспособного возраста, которые несколько лет (а некоторые из них – десятилетия) страдали тяжёлыми формами склеродермии, пузырчатки, atopического дерматита, псориаза и псориатического артрита. Обычной терапии их состояние не поддавалось. В рамках квот на ВМП пациенты получили доступ к бесплатному лечению цитостатиками. Также по показаниям им назначались плазмаферез и современное физиолечение: диспансер

специально приобрёл аппарат для комплексной лазеромагнитной терапии и новое оборудование для общей и локальной фототерапии лучами различной длины.

– Результат оправдал ожидания: нам удалось остановить воспалительный процесс, добиться очищения кожи и значительно улучшить общее состояние пациентов, – комментирует главный врач диспансера Татьяна Павлова. – Хронические неинфекционные заболевания кожи незаразны для окружающих и не представляют угрозы для жизни самих больных. Но качество жизни снижают существенно. Ведь их проблемы – на виду у всех, а моральные страдания сравнимы с теми, которые испытывают больные с тяжёлой формой сахарного диабета или недавно перенёсшие инфаркт. Ранее мы вынуждены

были направлять проблемных пациентов в федеральные клиники. Теперь можем лечить их рядом с домом.

В следующем году диспансер рассчитывает вдвое увеличить количество квот на ВМП. В планах врачей – включить в перечень дорогостоящих лекарств генно-инженерные биопрепараты. Они позволят на генетическом уровне «сломать» механизм, запускающий воспаление. Одна инъекция такого препарата стоит от 50 до 250 тыс. руб. Мало кто из жителей Кемеровской области может позволить себе покупать их за свой счёт...

Валентина АКИМОВА,
соб. корр. «МГ».

Кемерово.

Фото
Фёдора БАРАНОВА.



Аппарат для локальной фототерапии в Кемеровском кожно-венерологическом диспансере широко применяют и в ходе лечения обычных стационарных больных

Недавно прошло сообщение, что Госдума РФ приняла в первом чтении законопроект о допуске преподавателей медицинских вузов к лечебной деятельности. То, о чём многократно писала «Медицинская газета», говорили ведущие учёные страны, кажется, близко к реализации.

Прошло более 10 лет, как ассистенты, доценты были лишены возможности не только преподавать клиническую медицину «у постели больного» – метод обучения врачеванию, которому много столетий, но и поддерживать свою клиническую квалификацию на должном уровне. Сначала это произошло, как только медицинские вузы подпали под юрисдикцию Минобрнауки. Из списка служебных обязанностей ассистентов, доцентов и профессоров исчез раздел лечебная работа. А когда грянули реформа и модернизация здравоохранения, многие клинические кафедры были лишены клинических коек, и учебный процесс стал проходить вне клинических отделений, без больных. Пострадало обучение практическим навыкам студентов, а преподаватели стали терять врачебную квалификацию.

Как было

Прежде клинические кафедры располагались в отделениях больниц, приобретавших в связи с этим статус клинических, что служило для медицинского учреждения своеобразным брендом. Учебные комнаты располагались, как правило, в этих же отделениях. Это обстоятельство в значительной степени способствовало преподаванию «на больных». После соответствующей подготовки на занятии с преподавателем студент отправлялся на курацию больного. Собирая анамнез, производил физикальное обследование его, знакомился с результатами лабораторных и инструментальных методов исследования. Затем в присутствии группы сокурсников он представлял своего больного: приводил его в учебную комнату, показывал своё умение определять симптомы болезни, «защищал» диагноз, им поставленный, лечение, которое считал нужным проводить.

При таком методе обучения студент приобретал практические навыки клинического мышления, без которых врач немислим. В некоторых случаях кафедра располагала большим помещением. Тогда становилось возможным приглашать студентов на обходы профессора. Это была хорошая школа демонстрации того, как совершается процесс поиска правильного диагноза у сложного больного. Одновременно это была школа этического, деонтологического воспитания будущего врача.

Врачи клинической больницы и сотрудники кафедры были единым коллективом. Некоторые больничные ординаторы защищали диссертации, научным руководителем которых были профессора кафедры.

Немаловажный факт – за лечебную работу сотрудники кафедры получали дополнение к педагогической ставке – ассистенты получали половину ставки врача, доценты – четверть. Получалась вполне престижная зарплата, что делало и профессию преподавателя вуза привлекательной для выпускников – попасть на кафедру считалось большой удачей.

На базе клинических кафедральных отделений преподавателями совершалась научная работа, выполнялись аспирантские диссертации. Можно было

Точка зрения

Преподаватели будут лечить...

Нынешний студент может стать хорошим врачом только после обучения у постели больного



планировать научные исследования на годы вперёд, потому что status quo кафедры в больнице представлялся неизменным и надёжным. На кафедрах выросли корифеи клинической медицины – профессора и академики.

Как стало

Самое прискорбное – из учебного процесса «ушёл» больной. Учебные комнаты в отделениях исчезли. Больнице стали нужны палаты и койки – надо было на них зарабатывать деньги. Учебный процесс переместился в помещения далёкие от больных – кабинеты патологоанатомического отделения больницы, в подвалы, подсобные помещения.

На место живого дела обучению практическим навыкам и клиническому мышлению пришли тесты и ситуационные задачи по каждой теме занятия. На их составление у преподавателей уходило много времени и сил, тратилось огромное количество бумаги, так как распечатывались тесты и задачи на принтере. На бумагу и зарядку картриджа направлялись деньги из зарплаты преподавателей, значительно «похудевшей», поскольку исчезла надбавка за лечебную работу. Пригодность к врачебной профессии стала оцениваться по баллам за решение тестов и задач. Учебный процесс стал примитивным, лишённым творческого начала, каким он не должен быть при обучении врачеванию. Порешали тесты и задачи – можно расходиться.

Не менее прискорбным стало и то, что из рабочего дня преподавателя исчезла лечебная работа. Для человека, преданного своей профессии, тем более такой, как лечение больных, это означало утрату накопленного за годы работы искусства врачевания.

Эти два обстоятельства, которые возникли в связи с недоступностью больного для учебного

процесса и отлучением преподавателей от лечебной работы, повлекли за собой целый ряд последствий.

Стало привычным говорить о плохой подготовке врачей в медицинских вузах. Порой в весьма эмоциональных выражениях – она, подготовка, «ниже плинтуса», говорят руководители органов здравоохранения. Соглашаясь сами преподаватели, сознавая, что при теоретическом методе обучения подготовить на додипломном этапе квалифицированного специалиста невозможно. Ни дистанционные методики, ни муляжи и фантомы дело не поправят.

А преподаватель? Лишённый всего это, занятый отупляющей работой по составлению тестов и ситуационных задач, конечно, как врач стал слабее своих коллег, работающих в больницах. Особенно больно за молодых ассистентов.

Как ни странно, но от преподавателя продолжают требовать подавать сведения о пролеченных им больных в лечебный отдел вуза проректору по лечебной работе, а также главному врачу больницы. Коль скоро преподаватель лишён права лечить, и у кафедры, по сути дела, нет «своих» клинических коек, как можно требовать вышеизложенное? Прийти в отделение, сотрудником коего ты не являешься, и попросить дать полечить больного?

Для сотрудника клинической кафедры наличие клинического отделения, больных является необходимым условием для проведения научной работы. Если таких условий нет, как эту работу осуществлять, как планировать её, как привлекать аспирантов к выполнению диссертационных работ, как растить смену педагогических кадров?

Требования к кафедре прежние, но условия её работы стали совсем другими.

Как будет?

Конечно, можно только приветствовать намерение власти вернуть преподавателя к лечебной работе. Возобладал не только здравый смысл, но и осознание необходимости в хорошо подготовленном враче.

Однако будет ли всё так же, как было прежде? Вернутся ли студенческие группы в отделения больницы? Ведь для больницы как есть сейчас, так и будет впрямь, если законопроект станет законом, останется главной задачей выживание в условиях реформированного здравоохранения. Надо будет платить надбавку к зарплате преподавателя за лечебную работу. Кроме того, по условиям Положения о клинической больнице прежних лет больнице на какую-то долю сокращался врачебный штат, так как преподаватели вели лечебную работу.

Ещё один повод для трений между вузом и больницей, – предоставить такие помещения для учебного процесса, в которых можно было бы обучать студентов «на больных». Решить целый ряд вопросов финансового характера: вуз не оплачивал раньше, не оплачивает и сейчас коммунальные услуги по содержанию кафедр в больнице. Потянет ли вуз оплату аренды, если таковую потребует администрация больницы за размещение в отделениях кафедральных коллективов? А это не только учебные комнаты. Как в прежние благословенные времена, у кафедр в клинических отделениях были кабинет заведующего кафедрой, помещения для профессоров и доцентов. Сейчас трудно себе представить, но даже была комната, на двери которой была экзотическая по теперешним временам табличка «ассистентская». Преподаватели, предоставив студентам перерыв, могли прийти в такую комнату и

отдохнуть, перекусить. Что было немаловажно, потому что после окончания занятий со студентами, отправлялись выполнять лечебную нагрузку. Такое было необходимо, так как ассистенты несли суточные дежурства по больнице. После дежурства заступали на работу со студентами.

Встанет ещё вопрос, решать который тоже придётся, если кафедры вернуться в отделения больницы, если учебный процесс будет осуществляться «на больных». Будет ли разработана какая-то юридическая основа для участия больного человека в учебном процессе, на практическом занятии со студентами? Попросту говоря, можно ли будет допустить студента собирать анамнез, осматривать больного, знакомиться с результатами его обследования и диагнозом?

Времена изменились. Во всём примат соблюдения прав человека, в том числе и прав больного. В большинстве западных стран к больному открыт доступ только для человека, имеющего диплом о медицинском образовании и лицензию на осуществление врачебной деятельности, то есть закрыт для студентов.

Есть одно существенное обстоятельство, заключающееся в том, что по окончании медицинского образовательного учреждения выпускник его 2 и более лет (зависит от специальности) проходит резидентуру – работает в больнице под присмотром старших коллег и сдаёт квалификационный экзамен.

Сможем ли мы столько времени ждать, прежде чем по окончании вуза допустить выпускника к самостоятельной врачебной работе? Вопрос, скорее, риторический, то есть предполагающий однозначный ответ – отрицательный.

Если мы хотим, или вынуждены, сразу по окончании медицинского вуза отправить вчерашнего студента на практическую работу, то должны предоставить ему возможность обучаться своей профессии «у постели больного» под руководством преподавателя, самого являющегося хорошим врачом.

Представляется возможным следующий выход, который подсказывает сама практика зарубежного врачебного сообщества. Есть такое понятие, ставшее хорошо известным в последние десятилетия, – информированное согласие. Оно предусматривает информирование больного о характере предстоящего лечения, оперативного вмешательства, участия в клиническом испытании новых лекарственных веществ. Больной или родственники больного могут быть информированы о том, что они находятся в клиническом учреждении, где осуществляется учебный процесс, проходит подготовка молодых врачебных кадров и что с его, больного, согласия он может принять участие в этом процессе.

Возвращение преподавателя к лечебной работе, а кафедры – в клинические отделения больницы будет происходить в новых, не таких как прежде условиях. Это очевидно. Компромисс, решение сложных вопросов должны достигаться, имея в виду одну цель – получение хорошо подготовленного для самостоятельной работы врача. В этом заинтересованы органы здравоохранения, преподаватели медицинских вузов и, самое главное, больной человек.

Рудольф АРТАМОНОВ,
профессор.

Москва.

Фото
Юрия ЛУНЬКОВА.

А как у них?

Индийская медицина

Королева Елизавета II прикосновением двуручного меча посвятила в рыцари Харпала Сингха Кумара, известного исследователя раковых процессов индийского происхождения, основателя Института им. Ф.Крика в Кембридже. Именно ему обязаны развитые страны введением запретов на продажу табачных изделий людям моложе 21 года и допуска в солирии до 18 лет.

Практически одновременно с этим опубликована интересная статистика, поступившая из США, куда идёт интенсивная утечка медицинских мозгов, при этом 25% из них индийские (почти 50 тыс.). Вслед за ними оказались выходцы из Карибских стран и Филиппин, а также соседних с Индией Пакистана и США – Мексики. При этом главным «поставщиком» стал Медколледж Османия из Хайдерабада, «заславший» за океан более 2 тыс. докторов.

Конкурентоспособность индийских врачей подтверждается их ежедневной практикой и несомненными достижениями. В Мумбаи (Бомбее), считающемся финансовой столицей Индии, здоровую дочку родила бывшая мисс Мира Арья Хайден (Arya Hayden), которой 42 года и которая 10 лет назад отдала «в заморозку» 16 яйцеклеток, объяснив тогдашнее своё решение тем, что «женщины, делающие карьеру, не должны находиться под прессом необходимости выйти замуж и родить ребёнка, а также беспокоиться по поводу своего биологического возраста – рождение должно быть осознанным и желанным». Роды прошли успешно, несмотря на то что у Арьи был выявлен эндометриоз, который не способствует продукции качественных яйцеклеток. Именно поэтому Арья и её муж решили разморозить клетки, и пробирочное оплодотворение привело к рождению девочки весом 3,7 кг и длиной 55 см (средние показатели для Индии составляют 2,6 кг и 48 см). Там же в Мумбаи была произведена успешная пересадка сердца 16-летней Викроли, которое было доставлено в больницу за 546 км. Девушка страдала от врождённой кардиомиопатии, приведшей к расширению желудочка и ждала пересадки 1,5 месяца. Пересадили ей сердце 20-летней девушки, погибшей в результате эпилептического приступа. Она упала головой на каменный пол, в результате



На улицах Дели

чего получила черепно-мозговую травму, приведшую к смерти мозга. Печень девушки пересадили 48-летнему делийцу, жителю престижного района Вазант Кундж (Vasant Kunj – Южного Вазанта).

Индия – жаркая страна, что способствует бурному размножению всякого рода комарья, переносащего малярийный плазмодий и вирус лихорадки денге. Уже в аэропорту обращает ваше внимание большое «окно» с предупреждением о вирусной опасности, а в газетах и по телевидению сообщается о талассемии у детей. В начале улицы, ведущей от ашрама Рама-Кришны, к величественному храму Лакшми, богини благополучия и процветания, расположен государственный центр вакцинации против денге. Правительство отпустило в 2016 г. 600 млн рупий (10 млн долл.) на вакцинацию населения, в чём ему помогают и международные организации, в частности ВОЗ, ЮНИСЕФ и фонд Билла и Мелинды Гейтсов (к 2017 г. бюджет мыслится утроить). Сегодня невозможно достичь прогресса в деле профилактической защиты населения, не имея прочной геномной базы. В начале января было объявлено об открытии первого геномного центра в одном из госпиталей южного штата Керала, что в общем-то неудивительно, поскольку чуть севернее расположена хайтековская столица страны Бангалор. Задачей специалистов центра станет ген-консультирование и выявление редких ген-вариантов, а также общая геномная характеристика сердечных и раковых заболеваний, нейропатий и про-

блем с ЖКТ. Центр будет также участвовать в сборе материала в сотрудничестве с ведущими ген-банками мира. Неудивительно, что большое внимание индийских врачей привлекло сообщение о «гене Анджелины Джоли», из-за которого она, как известно, пошла на операцию. Дело в том, что ауранофин (Auranofin) – признанное средство для лечения ревматоидного артрита – хорошо зарекомендовал себя в культуре, сокращая жизнь раковых клеток с мутацией в гене BrCa1 (Breast Cancer – рак груди и яичников), снизив его активность на 37%. Провёл многообещающие эксперименты в Университете Плимута доктор Авадеш Джа (Awadwsh Jha).

Из Дели автор отправился в город Маргао, где офтальмологи наладили самый настоящий конвейер по оперативному лечению той же глаукомы, заболеваний сетчатки и пересадке роговицы. Работы им хватит, поскольку в Гоа насчитывается более 15 тыс. слепых людей. В старой столице Панджм есть армейский госпиталь, а в южном районе с непривычным для Индии именем Дона Паула (свидетельство португальского прошлого) в местном госпитале предлагается полное неврологическое обследование и проверка сердца всего за полтысячи рупий (порядка 9 долл.). Помимо ЭКГ предлагается и эхокардиография. В том же Маргао эхо предлагается провести с помощью пищеводного зонда, позволяющего увидеть сердце в 3D-формате.

Игорь ЛАЛАЯНЦ,
кандидат биологических наук.

Исследования

Несколько лет назад профессор Сатчидананда Панда из всемирно известного института Салка в Калифорнии продемонстрировал, что мыши, содержащиеся на рационе с высоким содержанием жиров, но которые могли есть лишь в течение 8-часового периода в сутки, были более здоровыми и худыми, чем мыши, которым давали такую же еду, но которым разрешалось её есть в любое время.

Лучшее время ужина?

В рамках более позднего эксперимента сотни мышей были вынуждены голодать от 10 до 15 часов в сутки. Здоровье и вес мышей, которые обходились без еды как минимум 12 часов, оказались лучше, чем у их собратьев, которые употребляли столько же калорий, но без больших перерывов. Голодать половину дня пошло мышам на пользу.

Но как отреагирует организм человека на подобный эксперимент? Для того чтобы найти ответ на этот вопрос, группа учёных из Университета Суррея, возглавляемая доктором Джонатаном Джонстоном, провела 10-недельный эксперимент над 16 добровольцами.

Учёные исследовали процент жира в их организме, уровень сахара и уровень холестерина в самом начале эксперимента. Затем добровольцев произвольно разделили на две группы – красных и синих. Синие были контрольной группой. Им было сказано ничего не менять в своём образе жизни. Красным было сказано есть ту же еду, что и обычно, но садиться завтракать на 1,5 часа позже, а ужинать – на 1,5 часа раньше, чем обычно.

Таким образом, вторая группа «голодала» на 3 часа больше, чем обычно. Каждый участник эксперимента записывал в дневник точное время, когда и что они ели, а также время сна.

Судя по всему, организм человека лучше усваивает калории в определённые часы суток. По словам доктора Джонстона, поздний вечер – худшее время для употребления сахара и жиров, так как именно тогда их уровень в крови и без того высок.

Для того чтобы проверить эту теорию, я решил провести над самим собой довольно неприятный эксперимент.

После того как я проснулся на пустой желудок, мне сделали анализ крови. Затем, в 10 утра, я съел традиционный английский завтрак – жареный бекон, жареные яйца и жареные сосиски.

Сразу после этого мне сделали ещё один анализ крови и продолжали делать анализ каждые полчаса в течение нескольких часов. Да, это было неприятно.

13 часов спустя, ровно в 10 вечера, я во второй раз за день сел за стол. Ел я точно то же самое, что и на завтрак. После этого в течение нескольких часов у меня снова брали анализ крови, пока, в конце концов, не разрешили лечь спать.

Анализ крови продемонстрировал, что после завтрака уровень сахара в моей крови упал довольно быстро, а уровень жира в крови стал понижаться примерно через 3 часа. Вечером же, после точно такой же еды, уровень сахара не понижался довольно долго, а уровень жира продолжал расти после ужина в течение 4 часов.

Это значит, что доктор Джонстон прав – нашему телу сложно справиться с большим количеством еды поздно вечером. А закусить после полноты хуже, чем съесть то же самое днём.

Согласно старой английской поговорке, завтрак – это король, обед – принц, а ужин – нищий. Судя по всему это именно так.

Но как прошёл основной эксперимент с добровольцами в Университете Суррея? По окончании 10 недель их снова собрали вместе и повторили все анализы.

Выяснилось, что у красных, которым надо было есть завтрак позже обычного, а ужин раньше, процент жира в организме в среднем понизился – по сравнению с контрольной группой, – равно как уровень сахара в крови и уровень холестерина.

Результат первого исследования, проведённого на людях, оказался положительным.

На практике не все могут есть строго по расписанию. Но, судя по результатам этого исследования, как минимум пытаться это делать – полезно.

Инесса КАТАРОС.
По материалам BBC.

Перспективы

При разных патологических состояниях мозга часто необходим мониторинг внутричерепного давления и температуры. Он осуществляется с помощью различных девайсов, которые «внедряются» в ходе нейрохирургической операции, если с нарастанием того же давления не удаётся справиться медикаментозно. Проблема, однако, связана с возможными осложнениями, например развитием воспаления, а также с необходимостью повторной операции для извлечения «имплантата».

Именно поэтому внимание заинтересованных специалистов привлекла публикация в Nature с описанием биосовместимого и самопроизвольно распадающегося сенсора, который сам по себе «рассасывается» под дей-

Мозг-мониторинг

ствием гидролиза и ферментов биологических жидкостей и тканей. Авторы статьи из университетов штата Иллинойс в городах Урбана-Шампань и Вашингтона в Сент-Луисе, что на Миссисипи, использовали для создания своего сенсора пластинку нанопористого кремния размером 3 x 6 мм, на поверхности которой поместили слой саморазрушающегося сополимера из молекул молочной и гликолевой кислот. На одном из концов пластинки поверх слоя полимера нанотехнологи поместили квадратик «песка», или двуокиси кремния (SiO₂), который, как и кремний, широко используется в

производстве чипов. К краю, обращённому к середине сенсора, авторы прикрепили кремниевую наномембрану, обладающую пьезокристаллическими свойствами, или способностью генерировать электрический сигнал при изменениях механических свойств среды в пределах изменяемого диапазона давления 50 мм рт.ст. (таких отклонений внутричерепного давления от нормы врачи не могут позволить, так что сенсор рассчитан с запасом).

Мощности генерируемого сигнала вполне хватает для «связи» по тончайшим проводкам, вводимым подкожно с помощью иглы с

внутренним диаметром 1 мм, с укрепляемым на черепе круговым передатчиком-трансммиттером, что позволяет осуществлять мониторинг внутричерепного давления и температуры в беспроводном режиме. Колебания давления регистрируются за счёт изменения кривизны кремниевой наномембраны, и проведённые учёными опыты на крысах показали, что разрушение сенсора начинается уже через 15 часов.

Успешные испытания на животных позволили начать заявочную процедуру для проведения клинических испытаний на пациентах. Авторы полагают, что их

биodeградируемые сенсоры могут найти широкое применение и при исследованиях других частей и полостей тела, токов биологических жидкостей и движения тканей друг относительно друга, кислотно-щелочного баланса и локальной температуры в том же воспалительном очаге. Всё это позволит улучшить адресность терапий и повысить временное разрешение их применимости и адекватного изменения. Немаловажно применение новых сенсоров и при интенсивной терапии, когда чуть ли не каждый час можно опасаться резкого ухудшения постоперационного состояния в результате тромбоза или открывшегося кровотечения.

Иван ЛАРИН.
По материалам Nature.

Учёные подчёркивают, что предмет исследования, о котором пойдёт речь в этой статье, весьма важен. Почему же никто раньше не решился заняться серьёзным исследованием происхождения ануса?

Новые исследования

Да-да, это фото щенка, вид сзади. Не могли же мы, в самом деле, проиллюстрировать эту статью фотографией анального отверстия. Перед тем как приступить к описанию происхождения ануса, давайте отступим на шаг и посмотрим на предмет нашего исследования непредвзято. Это предмет деликатный.

Да, довольно сложно собраться и подойти к делу серьёзно. Почему исследователи до сих пор не сделали на эту тему выводов, прямых, как одноимённая кишка? Неужели это настолько дурно пахнущая тема для исследования?

Учёные совсем недавно опубликовали трактат о происхождении ануса, и они подчёркивают, что предмет исследования куда более важен, чем кажется на первый взгляд.

Оказывается, анальное отверстие – часть тела многих животных, полностью преобразовывая работу пищеварительной системы организма. Но, как ни странно, не у всех животных есть анус. У некоторых представителей фауны он упрощённой конструкции, у других их вообще несколько, у третьих анус то есть, то нет. Ну и, наконец, они, анусы, бывают и многофункциональными.

Обладатели органа имеют куда более совершенное пищеварение. Они могут более эффективно питаться и расти, достигая крупных размеров. История происхождения ануса – это на самом деле история того, как животные эволюционировали, приобрели отличия друг от друга и превратились в высокоорганизованных существ.

Молекулярные биологи Андреас Хейнол и Хема Мартан-Дюран из Бергенского университета в Норвегии самостоятельно провели часть исследования, потому что до них никто этим не занимался. В последнее время учёные получили возможность изучить, как гены влияют на развитие различных видов.

«Таким образом возродился интерес к происхождению различных систем органов в нашем организме. Как появился мозг? Как эволюционировала кровь? – рассказывает Хейнол. – Такие исследования были проведены в отношении нескольких систем органов, к примеру, нервной системы, но на анальное отверстие никто не обращал внимания».

В ходе эволюции анусы принимали самые разные формы, порой вовсе исчезая. «Это замечательный предмет исследования: выяснять, как эволюционные изменения, происходившие на молекулярном уровне, влияли на эту часть кишечника», – считает Хейнол.

Внешний вид анального отверстия, само собой, неразрывно связан с развитием всего пищеварительного тракта. Пищеварительная система – одна из важнейших

для любого живого существа. Она позволяет эффективно употреблять еду и усваивать содержащиеся в ней питательные вещества, чтобы обеспечивать рост и функционирование организма.

Однако некоторые живые существа как-то справляются и без пищеварительного тракта – в их числе морские губки и ленточные черви. Ануса, соответственно, у них тоже нет.

Это маленькое существо имеет пищеварительный тракт в виде буквы U. У других представителей фауны очень простой орган: ме-

Понять, почему и как у живых существ появился анус, сложно ещё и потому, что у многих животных он в результате эволюции со временем опять исчез.

У плоских червей его, как правило, нет, но некоторые их виды всё-таки им обзавелись. У многоветвистых турбеллярий тоже сразу несколько анальных отверстий на спине.

Исчезновение органа

Большинство вторичноротых (к этой ветви развития животных от-

ний раз показывает, насколько важен анус для живых существ, пищеварительная система которых имеет два отверстия на разных концах. Подобное устройство пищеварительной системы характерно для большинства представителей животного мира. К примеру, у насекомых, птиц, млекопитающих, рыб и амфибий есть желудочно-кишечный тракт, с одной стороны снабжённый отверстием для питания, с другой – для дефекации.

Такое устройство, как поясняет Мартан-Дюран, имеет ряд преимуществ перед схемой с одним

«Историческая картина наличия или отсутствия ануса у живых существ весьма интересна», – говорит Хейнол. Форма любого органа и его характерный клеточный состав диктуются генами, содержащими информацию, которая используется при формировании этого органа. Гены наследуются из поколения в поколение, и одинаковые гены встречаются у многих разных видов животных. Это означает, что древние общие предки таких животных тоже имели эти гены и соответственно аналогичные органы.

Ракурс

Зигзаги эволюции

Как гены влияют на развитие «непристойного» органа



шок с единственным отверстием, которое выполняет функцию одновременно ротового и анального – через него поглощается еда, через него же происходит выброс экскрементов.

Таким образом обрабатывают пищу многие желеобразные организмы, которые живут в океане: морские анемоны, кораллы, медузы (тип стрекающие) и гребневики. Так же поступают и многие типы плоских червей (Platyhelminthes).

Есть и некоторые существа, имеющие, по определению Хейнола и Мартан-Дюрана, «временный» анус.

У крохотных червей гнатостомидов, достигающих всего нескольких миллиметров в длину, есть временное отверстие в кишечнике, через которое, по предположениям исследователей, происходит дефекация. Однако этот процесс ещё ни разу не удавалось наблюдать.

Похоже устроены и одни из самых маленьких живых существ, носящие латинское название Limnognathia. Они обитают в горячих источниках гренландского острова Диско и открыты лишь в 1994 г. У этого плоского червя множество анальных отверстий на спине.

носятся морские звёзды, морские огурцы и все позвоночные, в том числе птицы, рыбы и млекопитающие) имеют анальное отверстие. У некоторых классов, к примеру, рептилий и птиц, оно совмещено с репродуктивным отверстием, формируя так называемую клоаку. Но один класс вторичноротых, морские звёзды, анус к настоящему времени утратил.

История и функции ануса становятся всё более удивительными по мере их вдумчивого изучения. Например, некоторые животные растут с анальным отверстием, но могут его позднее лишиться. К ним относится редкий вид скорпионов, способных отделять хвост при нападении хищников (эта способность называется аутономия). Этим скорпион спасает себе жизнь, оставляя нападающему лишь хвост. Однако без последствий это не остаётся. Ведь, отделяя хвост, скорпион Ananteris balzani лишается и анального отверстия.

Хвост не отрастает вновь, а рана зарубцовывается. Скорпион теряет способность испражняться, и его живот раздувается от накапливающихся фекалий.

Эта поучительная история лиш-

отверстием, ведущим в простой пищеварительный мешок. «Вопервых, животное способно поглощать новую пищу, когда ещё продолжается процесс переваривания предыдущей», – комментирует специалист. Пища у таких животных движется сквозь тело в одном направлении. Живые же существа с пищеварительным мешком должны для начала полностью переварить еду и избавиться от её отходов, и лишь потом есть вновь.

Неподходящая форма

Некоторые животные имеют неподходящую форму для пищеварительной системы с одним отверстием. Ленточные черви, считающиеся самыми длинными существами на нашей планете, могут достигать 60 м. «Пищеварительный тракт в виде мешка затруднил бы им сортировку и переваривание пищи», – констатирует Хейнол.

Сквозная пищеварительная система, с ротовым и анальным отверстиями, может быть разбита на несколько специализированных участков, играющих различные роли в процессе переваривания. В результате эволюции у животных появились удивительной формы рты: задумайтесь над тем, как сильно они отличаются друг от друга у червей, птиц, пчёл и рыб.

У многих живых существ развились сложные пищеварительные тракты, состоящие из нескольких отделов, с разными клетками ткани и разным предназначением. Скажем, корова – характерный пример жвачного животного, её желудок состоит из нескольких камер, последовательно перетирающих и перерабатывающих жёсткую растительность, которой корова питается.

Хейнол и Мартан-Дюран установили, что в формировании анального отверстия ключевую роль сыграли два набора генов, брахиурия и ParaHox, встречающиеся почти у всех животных. Живые существа, у которых есть анус, практически поголовно имеют эти гены в окружающих его тканях, безанусные животные – нет.

Хейнол и Мартан-Дюран убеждены, что анальные отверстия в животном мире в ходе эволюции появлялись несколько раз.

Изыскания исследователей, однако, дают основания предположить, что эволюция ануса связана с другим органом, которым живые существа пользуются для спаривания. Учёные рассмотрели представителей класса бескишечных турбеллярий, весьма примитивных с эволюционной точки зрения. Они напоминают крошечных плоских червей, не более 2 мл в длину, живущих в море. У них нет пищеварительного тракта, нет анального отверстия и нет даже кровеносной или дыхательной системы. Но они производят сперму и выбрасывают её через отверстие, называемое гонопорой.

Многие беспозвоночные животные используют гонопоры для доставки спермы или яиц. Генетические и молекулярные исследования Хейнола, Мартан-Дюрана и их коллег наводят на мысль о том, что развитие гонопоры и ануса взаимосвязано.

«Наша гипотеза состоит в том, что анальное отверстие имеет эволюционную связь с гонопорой самцов», – говорит Хейнол. – То есть предмет исследования, таким образом, становится ещё более деликатным. Но такова уж природа – ей нет дела до человеческих табу.

Юлия КАРУС.

По материалам BBC.

Осторожно!

Власти Сальвадора призвали женщин отложить беременность на два года из-за риска заражения вирусом Зика, ведущего к микроцефалии у плода. Инфекция, передающаяся с укусами комаров рода Aedes, была обнаружена в странах Южной и Центральной Америки в прошлом году, в настоящее время она быстро распространяется по континенту.

Вирус Зика известен с середины XX века и до недавнего времени не считался опасным заболеванием. Однако в конце прошлого года эпидемиологи выявили повышенную частоту случаев микроцефалии у детей, рождённых в районах, охваченных вспышками этой инфекции. По данным Минздрава Сальва-

Вирус Зика рубит под корень

дора, в настоящее время в стране выявлено 5397 случаев заражения вирусом Зика, под медицинским наблюдением находятся 96 беременных женщин. Выступая на пресс-конференции, заместитель министра здравоохранения Сальвадора Эдуардо Эспиноза призвал женщин детородного возраста по возможности отложить беременность в течение ближайших двух лет – до конца 2017 г. Беременным женщинам министерство рекомендует носить закрытую одежду – рубашки с длинными рукавами и брюки, чтобы минимизировать риск заражения.

Заявление Эспинозы было приурочено к началу общенациональной кампании по борьбе с комарами – переносчиками вируса Зика, которая охватила 245 из 260 муниципалитетов Сальвадора. Цель кампании – снижение числа заселённых комарами Aedes домовладений до 4%.

С призывом отложить беременность ранее обратился к женщинам и Минздрав Колумбии – второй страны по числу выявленных случаев заражения вирусом Зика в странах Латинской Америки после Бразилии, где число зарегистрированных случаев инфекции превы-

сило 700 тыс. Колумбийские власти просят женщин по возможности избегать беременности в течение 6-9 ближайших месяцев.

Всего на Американском континенте заболевания зарегистрированы в 9 странах: Колумбия, Сальвадор, Гватемала, Мексика, Панама, Парагвай, Суринам, Гондурас и Венесуэла. В тихоокеанском регионе это Самоа, Фиджи, Новая Каледония, Соломоновы острова и Вануату. В Африке случаи ЛЗ зарегистрированы в Республике Кабо-Верде. Кроме того, в Голландии 29.11.2015 зарегистрирован 1 завозной случай лихорадки Зика.

Вакцины или специфического лечения лихорадки Зика пока не существует. Единственный эффективный способ борьбы с болезнью на данный момент – уничтожение комаров, которые переносят вирус.

Есть сведения о том, что вирус способен проникать через плаценту и инфицировать плод. Эксплозивное увеличение числа детей с микроцефалией в Бразилии связывают с инфицированием беременных женщин вирусом лихорадки Зика. В среднем в Бразилии с 2010 по 2015 г. ежегодно рождалось от 150 до 200 детей с признаками микроцефалии. На сегодняшний день всего в Бразилии зарегистрировано 2782 случая микроцефалии.

По материалам El Nuevo Dia.

Завтра, 28 января исполняется 120 лет со дня рождения выдающегося невролога, учёного с мировым именем, одного из основоположников нейрохирургической неврологии профессора Юлия Коновалова.

Этапы пути

...Словно судьбой ему было предопределено стать доктором и учёным. Он родился в 1896 г. в Риге в семье ремесленника. С 16 лет приобщается к трудовой деятельности, сначала учеником, затем помощником аптекаря в рижской аптеке «Лев». Поступает на медицинский факультет Юрьевского университета, вместе с которым эвакуируется в Воронеж. Гражданская война прервала учёбу. Юлиа Коновалова мобилизуют в Красную Армию. В 1919-1922 гг. он фельдшер, затем лекпом 1128-го полевого подвижного госпиталя Первой Конармии С.Будённого.

В 1924 г. он оканчивает Воронежский университет и становится ординатором нервной клиники, а в 1928-1933 гг. — работает ассистентом.

В июле 1933 г. происходит событие, навсегда связавшее талантливую невролога с Московским институтом нейрохирургии — Н.Бурденко приглашает Ю.Коновалова на работу в институт. В разные годы Юлий Вениаминович занимает здесь должности старшего научного сотрудника, руководителя сектора клинической нейрохирургии, заведующего отделом вегетативной нейрохирургии, главного врача, а с 1957 по 1962 г. руководит созданным им отделением восстановления функций и трудоспособности нейрохирургических больных.

В годы Великой Отечественной войны Юлий Вениаминович являлся начальником нейрохирургического отделения эвакуационного госпиталя № 1081 в Казани.

В 1950 г. Ю.Коновалов защитил докторскую диссертацию на тему: «Неврология ограниченных нагноительных процессов головного мозга огнестрельного происхождения». В 1962 г. ВАК СССР присвоил ему учёное звание «профессор».

В 1970 г. он умер в Институте нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко от рака печени.

Клинические разборы

Когда в 1958 г. я поступил в аспирантуру института им. Н.Н.Бурденко, мне очень повезло, что главным учителем по нейрохирургической неврологии стал профессор Юлий Коновалов.

Юлий Вениаминович явил нам классический пример того, что можно сделать и открыт, умело используя лишь творческую наблюдательность. Мне кажется, он с любовью относился к каждому больному, работал с ним. Глубоко и целеустремлённо собирая анамнез, порой застревая на каких-то, кажется, несущественных мелочах, чрезвычайно тщательно исследовал неврологический статус.

У Юлиа Вениаминовича были характерные, только ему одному свойственные жесты и мимика при проверке рефлексов, при нанесении болевых раздражений — жесты и мимика доктора, влюблённого в своё дело. Стиль Юлиа Вениаминовича заключался в каком-то особом, я бы сказал, филигранном исследовании нервной системы. И наблюдать, как обследует пациента Юлий Вениаминович, — это и была лучшая школа. Та пассивная роль, которую при осмотре больного

Имена и судьбы

Виртуоз диагностики

Он всегда выходил из, казалось бы, безвыходных ситуаций

играл лечащий врач, не вызвала протеста; напротив — удовлетворение и знание входило в тебя во время консультации. Ты ощущал соприкосновение с удивительным специалистом, образцом, к которому всю жизнь хотелось стремиться, но достичь вряд ли возможно.

Юлий Вениаминович прекрасно справлялся с любой аудиторией. Как лектор, он неизменно вызывал восхищение у многочисленных слушателей ЦИУ. Но больных обычно разбирал вдвоём, втроём, вчетвером...

Ошибочным будет впечатление об Юлии Вениаминовиче как о сухом педанте, у которого всё расставляется по полочкам, и диагноз, хотя и оказывается точным, представляет процесс монотонно длительный и несколько скучный. Длительный — да: Юлий Вениаминович в среднем тратил на одного больного около 1,5 часа. Но скучный — никогда.

Исследование проводилось не ремесленником, а вдохновенным мастером. Поэтому кропотливость учёного всегда изумляла, но не раздражала и не утомляла. Юлий Вениаминович никогда не спешил, но и расспрос, и обследование были динамичны, имели свой, коноваловский ритм и темп.

Самое интересное начиналось после осмотра больного. Продиктовав своё заключение с подробнейшим изложением всех полученных фактов и уже тем оставив документ огромной научной ценности, Юлий Вениаминович вдруг преображался. Из дотошного документалиста он становился... поэтом. Да, поэтом, и наступали удивительные минуты вдохновения — творчества. Для тех, кто видел в это время Юлиа Вениаминовича, они незабываемы. Сверхалось таинство. Юлий Вениаминович ходил по кабинету. Его обычно аккуратно зачёсанные назад волосы распадались, обрамляя лоб мыслителя. В глазах мелькали огоньки ассоциаций. Речь его была то быстрой, то вдруг прерывалась паузами. Юлий Вениаминович как бы рассуждал сам с собой, впрочем помня, что рядом с ним молодой врач. Объяснял свои переходы и доказательства, мог ответить на вопрос детально, как это он обычно делал. Но зная, что его мысли должны быть записаны, успевал придать им только ему свойственную изящно-эмоциональную, выразительную форму.

Что говорить о нас, аспирантах и ординаторах, крупные неврологи и нейрохирурги отдавали дань неврологическому мышлению Юлиа Вениаминовича.

Один из первых в мире

Юлиа Вениаминовича часто привлекали для консультаций самых сложных пациентов. Он никому не отказывал. Мне нередко приходилось помогать ему



на приёмах в обычной московской поликлинике, которые он регулярно вёл на общественных началах.

Вместе с тем Юлию Вениаминовичу доверили лечение Георгия Димитрова. За самоотверженную и успешную неврологическую деятельность в Софии ему вручили Большой офицерский крест народного ордена «За гражданские заслуги» II степени. Высоко оценили труд Юлиа Вениаминовича и на Родине, наградив орденом Ленина. Впрочем, это не помешало уволить его (точнее, заставить подать заявление об увольнении) из института в марте 1953 г. и восстановить в апреле того же года после провала «дела врачей».

Диагнозы Юлиа Вениаминовича никто не оспаривал — так доказательно звучали они. Значит ли это, что Юлий Вениаминович никогда не ошибался? Нет, конечно. За полвека, хотя и исключительно редко, но ошибки встречались и в заключениях Юлиа Вениаминовича. Он тяжело и долго переживал неудачи, ибо чувство ответственности и доброты к человеку были ведущими мотивами его врачебной деятельности. Ошибки и заблуждения Юлиа Вениаминовича всегда были ошибками вдохновения, когда оно в поисках диагноза при многозначных и невероятно запутанных клинических данных слишком далеко уводило автора.

Но зато именно в силу поэтического склада мышления Юлий Вениаминович достиг вершин в конкретной диагностике, изумлявших неврологов и нейрохирургов. Он не терпел шаблона в клинической работе, в подходе к больному, в диагностических построениях. Юлий Вениаминович был мастером индивидуального диагноза. У него никогда не было двух одинаковых опухолей лобной или височной долей. Всегда находил различия, своеобразные оттенки проявления, которыми умело пользовался для уточнённой диагностики. Даже нейропсихологи учились этому искусству у Юлиа Вениаминовича.

Ю.Коновалов не боялся брать-

ся за самые сложные аспекты нейрохирургической неврологии. Он блестяще выходил из самых, казалось бы, неразрешимых диагностических ситуаций, когда оказывались бессильными контрастные методы.

Достаточно сказать, что Юлий Вениаминович первый в институте нейрохирургии и один из первых в мире прижизненно и до применения контрастных исследований поставил такие трудные диагнозы, как опухоль зрительного бугра; опухоль прозрачной перегородки; невринома слухового нерва, проявлявшаяся невралгией тройничного нерва; коллоидная киста дна третьего

желудочка и др. Как же это происходило? Наверное, надо рассказать подробнее, тем более что это были мои больные, либо пациенты нашего отделения. Хотя и прошло полвека, но случаи впечатались в память.

Представьте мужчину 38 лет с довольно типичным опухолевым анамнезом: в течение полутора головные боли со рвотой, затем выявлены застойные соски зрительных нервов. В статусе умеренные правосторонние пирамидные и чувствительные нарушения, снижение памяти, явления сенсорной афазии. Казалось бы, диагноз опухоли левой височной доли готов. Но нет, в беседе с женой пациента Юлий Вениаминович «докапывается», что года за два до возникновения головных болей у больного изменился характер, стал раздражителен по «всяким пустякам»: то придерётся, что нож чуть пахнет рыбой, то не так положена вилка, то вовремя не открыта форточка, то слишком громко хлопнула дверь, то вызывает неприятные ощущения в правой руке старый свитер... Юлий Вениаминович сопоставил эту общую и локальную гиперпатию с клинической картиной и пришёл к выводу, что так называемый гиперпатический невроз явился первым гнёздным признаком болезни. Анализируя её динамику, у невролога возникли основания считать первичным поражение левого зрительного бугра, что в дальнейшем подтвердила операция. Подобные примеры можно продолжить.

Научные свершения

Как учёный, Юлий Вениаминович был очень талантлив. Он впервые разработал одну из важнейших концепций клинической неврологии — учение о диссоциации рефлексов, мышечного тонуса и оболочечных симптомов по продольной оси тела. Значителен вклад профессора Ю.Коновалова в изучение эпилепсии, в нейротравматологию и нейроонкологию.

Вместе с А.Подгорной Юлий Вениаминович был пионером в описании клиники и патоморфологии опухолей мозолистого

тела. Ему принадлежит наиболее фундаментальное в мировой литературе исследование по неврологии ограниченных нагноительных процессов головного мозга огнестрельного происхождения.

В клинике восстановления нарушенных функций у нейрохирургических больных, которую в 1957 г. создал и которой 5 лет руководил Юлий Вениаминович, начиналась отечественная функциональная и стереотаксическая нейрохирургия (Э.Кандель), Здесь же получила развитие реабилитация высших корковых функций (А.Лурия)

Юлий Вениаминович был необыкновенно трудолюбив. Много читал. В совершенстве владея немецким языком, он избрал своей настольной книгой 17-томное руководство по неврологии Bumke и Foerster. Учитель часто говорил: «Если вам кажется, что вы что-либо открыли, посмотрите сначала у Бумке и Фёрстера. Если там этого нет, то ваши шансы быть пионером весьма велики».

Юлий Вениаминович активно готовил учёных высшего класса, был научным руководителем диссертаций А.Коновалова, Ю.Филатова, Ф.Лясса и ряда других ныне известных специалистов.

Вместе с В.Крамером, М.Рапопортом, И.Раздольским и другими корифеями Юлий Вениаминович сделал основополагающий вклад в становление нового направления на стыке неврологии и нейрохирургии — нейрохирургической неврологии. Его перу принадлежит свыше 50 научных трудов, являющихся образцом клинического мышления и продолжающих оказывать влияние на развитие нейрохирургической диагностики.

Учитель жив

Юлий Вениаминович, учёный с мировым именем, был мягким, интеллигентным, добрым и доступным человеком. Ко мне он относился по-отечески. Может быть, отчасти и потому, что война отняла у него единственного сына. Учитель часто приглашал меня к себе. Я попадал в обстановку уютной и ухоженной квартиры, где было много книг и картин. Мы садились за большой письменный стол. Юлий Вениаминович читал написанное мной, делал правку, обсуждал по ходу факты и идеи, тактично критиковал и добро улыбался, если испытывал удовлетворение. В перерывах меня кормили и напутствовали. Визиты к учителю при всей их сугубо деловой основе были праздником высокого общения с идеалом невролога, каким мне представлялся Юлий Вениаминович. Свою первую книгу «Травматические внутричерепные гематомы» я посвятил любимому наставнику.

...Жив учитель памятью и деяниями своих учеников и друзей...

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

Институт нейрохирургии
им. Н.Н.Бурденко.

А ещё был случай

Бабушкина челюсть

«Momentum more» – думай о смерти. Крылатая историческая фраза. С ней римские легионеры шли в бой, побеждали или погибали на поле брани, но в их сердцах жило презрение к смерти.

Для мирных людей постсоветского пространства эта фраза имеет другое значение благодаря гению замечательного актёра Юрия Никулина и его шутливому переводу с латинского: «Моментально в море».

И для меня, студентки 3-го курса Смоленского медицинского института, проходящей практику в городе Пионерск Калининградской области, эта фраза была замечательным «моментом у моря» – именно в Никулинской интерпретации. Пляж, песок, чайки, волны и оно..., прохладное, Балтийское...

А для моего куратора, врача скорой помощи, к которому меня прикрепили на время практики, фраза эта имела большое практическое значение. Думаю, он о ней никогда не забывал, отправляясь на вызовы к «доисторическим» бабушкам и дедушкам. «Вспомните о смерти, засиделись вы тут» – это в его «вольном переводе», во время долгой дороги в приморскую деревушку к девяностолетней бабушке.

Конечно, опоздали... Доктор констатирует смерть, пространно и высокопарно извещает родственников о печальном событии. А мне предлагает освоить ещё новую для меня манипуляцию –

У каждого свои моменты



подвязать бабушке челюсть (это надо сделать до наступления трупного окоченения). Сожалею, что умение находить тончайшие вены для внутривенных инъекций сегодня не пригодилось, действую с состраданием, но напористо. Челюсть зафиксирована прочно. Мы скорбно раскланиваемся и удаляемся. Нас сердечно благодарят. На ходу замечаю, что родственники не сильно огорчены кончиной бабушки, наверное, они устали «сопровождать» старость...

На обратной дороге мой доктор опять долго и возвышенно распинается на излюбленную тему – «Momentum more». Я ловлю из окна машины запахи моря,

слежу за чайками. У меня свой «momentum» – Никулинский....

Вечером торопливо сдаю смену. Меня ждёт море. На станции – я и диспетчер. Звонок. Меня просят проконсультировать. На той стороне трубки – родственники усопшей бабули. Опять благодарят за внимание, за проведённое лечение... Какое? Что они имеют в виду – подвязанную челюсть? А дальше для меня наступает «момент умора» – ну просто «феерическая» просьба: «Можно развязать челюсть? Бабушке очень кушать хочется, а с нашей «лечебной» повязкой – не получается...».

Ещё бы, ведь я старалась...

Любовь КОЛОСОВА

Думаю, «воскресшая» бабушка поужинала тогда с большим аппетитом, так как благодаря ошибке доктора и моим «погребальным» процедурам не ела почти сутки! И о «Momentum more» она совсем в тот день не помышляла...

В общем, у каждого они свои моменты. Но всегда думай о смерти.

Сок жизни на земле

«Здоровье через воду» – так гласит древняя латинская поговорка. Знали об этом ещё в Древнем Риме, где для исцеления недугов использовали термальные источники и ванны. С веками традиция развивалась и превратилась на сегодняшний день в очень модную SPA-систему. Ну, пусть такой оздоровительной системы в нашей глубинке пока ещё нет, но целебных свойств воды здесь никто не отменял.

А какое замечательное исцеление её мужа произошло посредством этой самой воды, поведала мне соседка...

Муж у неё был несколько лет парализованный. А в последнее время ему всё хуже становилось: уже и по комнате передвигаться перестал, слёг совсем и неделю лежит. Замороченная большим хозяйством и малыми детьми, не сразу она сообразила, что дела

плохи. А как сообразила – разволновалась, вызвала доктора.

Доктор на селе – фигура важная, не так, как в городе. К его приходу ещё соответствующим образом подготовиться надо. Подготовилась – прибралась, полы вымела, а мужа своего усилиями всей семьи уложила в чистую постель. Специально для всяких «торжественных» нужд был припасён у неё комплект нового постельного белья, и не традиционно – белый, а очень красивого, насыщенно синего цвета, как сейчас модно, по-городскому....

Доктора ждали долго, дождались лишь к концу дня. И больной терпеливо ждал, ждал, да и уснул, наверное...

Но нет, к сожалению, не дождался он доктора, помер – тихо и безропотно, что сей эскулап и засвидетельствовал после осмотра. А в подтверждении своего диагноза указал на синие «трупные» пятна на теле пациента.

Убитая горем жена стала готовиться к погребению. По христианским обычаям требуется покойника обмыть. А как это делать? Никто толком и не знает. Нагрели воды, установили корыто под кроватью, да и уложили туда усопшего....

Вот я вам об этом и говорю: «Sanus pro aqua»! (здоровье через воду). Согрелся «покойничек» в тёплой водичке, «трупные пятна» все поотмылись, и произошло «чудесное воскрешение». Прожил он после этого ни много, ни мало, а ещё лет десять.

Москва.

Умные мысли

- Не завидую я тем, которые доживут до пенсии. Которую отменят.
- Часто человек – словарь ненужных слов.
- Сегодня я словно огурчик, каждая косточка – хрустит.
- Кто сам голодал, тот везде увидит раскрытый рот.
- Нет памяти, не было и жизни.
- Женат – на прошлом, а алименты – будущему.

Мы живучи и смешливы

- Для гигиены народа – ежедневное мыло телесериалов.
- Кормящиеся с рук – более живучи.
- Каждая фуражка мечтает о козырном козырьке.

- Народ у нас настолько живучий, что умирает только со смеху.
- Ко мне аппетит приходит после шести, когда его уже нигде не ждут.
- Человек так усовершенствовал природу,

что мы уже не в состоянии различать зиму, весну, лето и осень.

- Его поймали за руку, когда он подставлял всем ножку.

Москва.

Виктор КОНЯХИН

С К А Н В О Р Д

Сума-триптан	Парная плоская кость	Глазные капли	Ход поршня				Повоз-ка, Ср. Азия										Проти-воими-робное												Звезда, Б. Мед-ведица								
						Ампер	Истукан		Острие (стар.)	"Бешеные деньги", перс.	Амер. бегунья							Мед-вежья ...	Базор-кин, сказка		Мало-кровие						Драг. камень										
	Физи-олог ... Бер		Лечеб-ная повязка							Деньги, Арме-ния	Уролог ... Аль-барран		Некра-сов, стих.	Рахат-...	Старин. фураж-ка												Снасть рыбака										
				Точное воспро-изведе-ние	Писа-тель ... Бьер-небу	Как ворон ... ждет		Хол. оружие, Испания					Помидор								Булат в Индии																
	Брандо		Изба у коми					Приток Камы	Голл. худож-ник	Зубной протез					Аппло-дисмен-ты	Япон. фило-соф																					
						Завод-ская тележка	Озеро, Турция					Козле-вич	Кит. гимна-стика								Вер-блюд																
	Персид-ский поэт		Област-ной центр					... ста-раться!				Крест-ный отец						А	Г	У	Р	О			П	Л	Б										
						"Мох-натый" лемур				Анонс								Ш	Л	Е	Я	Р	К	Э	К	С	А	Н	Т	А	Н	Т	Е	Р	Е	С	А
																		А	З	Л	А	К	Т	И	С	К	И	Р	Л	И	К	О	Д	С	Ш		
																		Э	Т	О	Л	Н	О	Р	А	С	О	Д	Е	С	Т	О	Н	Т	Е	Б	Е
																		А	А	М	И	Н	В	С	Е	Т	Н	З	Т	Е	М	О	Д	А	Л		
																		З	У	Е	В	Т	Е	С	О	П	А	Г	Е	Р	А	Т	У	М	Н	А	Л
																		Г	Л	А	Г	О	Л	Д	У	Ш	И	Ц	А	О	Н						
																		Р	М	И	К	А	Р	Д	И	С	П	У	Х	А							
Автор Валерий Шаршуков			Город, Чувашия					Автор романа "Эдем"			Бараний горox																										

Ответы на сканворд, опубликованный в № 3 от 20.01.2016.