

Медицинская

8 июля 2016 г.
пятница
№ 50 (7670)

Газета®

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

События

В добрый путь, друзья!

Скоро в медицинскую семью вольётся молодое пополнение



На днях в торжественной обстановке более 2 тыс. выпускников Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова принимали поздравления. Будущих врачей приветствовали помощник председателя Правительства РФ Геннадий Онищенко, председатель Комитета Совета Федерации по образованию и науке Зинаида Драгункина, заместитель мэра Москвы Леонид Печатников и президент Ассоциации выпускников Первого Меда Лео Бокерия.

Ректор Первого МГМУ им. И.М.Сеченова Пётр Глыбочко в своём выступлении отметил, что в ближайшей перспективе перед университетом стоит задача трансформации в ин-

новационный университет европейского уровня. Участие вуза в проекте 5-100 предоставляет дополнительные возможности в проведении медицинских исследований, внедрении новых методик диагностики и лечения болезней. Всё это даёт возможность развивать и поддерживать научную работу, международные контакты, современные подходы в образовании и расширять инновационную деятельность.

– Вы вливаетесь в огромную армию выпускников университета разных лет, и мы верим, что каждый из вас внесёт свой достойный вклад в развитие медицинской науки и практики, добавит гордости и славы нашему университету. В добрый путь, друзья! – так напутствовал ректор своих выпускников.

В этом году 29 лучших студентов вместе с дипломом получили медаль университета «Преуспевшему». Успешных выпускников, независимо от выбранной медицинской специальности, объединяет упорство в работе и учёбе, сосредоточенность на целях, ведущих к успеху. Они мечтают об открытиях в фармакологии и в сфере клеточных технологий, анестезиологии и интенсивной терапии, успешной врачебной практике, а также научной работе и эффективном менеджменте в здравоохранении.

(Окончание на стр. 2.)

университету. В добрый путь, друзья! – так напутствовал ректор своих выпускников.

В этом году 29 лучших студентов вместе с дипломом получили медаль университета «Преуспевшему». Успешных выпускников, независимо от выбранной медицинской специальности, объединяет упорство в работе и учёбе, сосредоточенность на целях, ведущих к успеху. Они мечтают об открытиях в фармакологии и в сфере клеточных технологий, анестезиологии и интенсивной терапии, успешной врачебной практике, а также научной работе и эффективном менеджменте в здравоохранении.

(Окончание на стр. 2.)

Начало

Спасать и лечить людей будут учиться на манекенах

В территориальном Центре медицины катастроф Омской области открылся симуляционный центр.

Он размещён в просторном помещении, разделённом на несколько блоков, в которых имитируются различные чрезвычайные ситуации – от дорожно-транспортных происшествий до завалов обрушившихся зданий, из которых надо выволочь людей, чтобы оказать им немедленную медицинскую помощь. В этих блоках специалисты Центра медицины катастроф, ава-

рийно-спасательных служб, медики городской и районных подстанций скорой помощи, волонтеры, студенты и даже школьники теперь будут осваивать навыки действий в критических ситуациях, которые, увы, сегодня не редкость. Учебные аудитории оснащены современным мультимедийным оборудованием, манекенами с различными видами травм, «спасение» которых проводится поэтапно – от извлечения, к примеру, из-под колёс автомобиля до госпитализации.

На создание симуляционного центра из регионального бюджета был выделен 21 млн руб., и на сегодняшний день лучшего в Сибирском федеральном округе нет. Планируется, что уже в этом году обучение основам оказания экстренной помощи попавшим в ЧП пройдут не менее 5 тыс. человек.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.



Владимир ЕГОРОВ,
президент Российской профессиональной медицинской ассоциации специалистов традиционной и народной медицины:
Медицинские знания, необходимые для безопасного оказания услуг тем или иным методом народной медицины, должны быть у всех.

Стр. 7



Марьяна БЕЗРУКИХ,
директор Института возрастной физиологии, академик РАО:

Успокаиваться тем, что состояние здоровья детей улучшается, означает, что мы не хотим видеть реальную ситуацию.

Стр. 10-11



Ирина ЧАЗОВА,
главный кардиолог Минздрава России, член-корреспондент РАН:

Показатель контроля АГ – 14% у мужчин и 30% у женщин – у нас неприлично мал.

Стр. 12

Тенденции

Высокие технологии возьмут под контроль

Высокотехнологичную медицинскую помощь, не включённую в базовую программу обязательного медицинского страхования, продолжит финансировать Челябинский областной бюджет. Соответствующее постановление приняло региональное правительство.

Также документ определяет порядок формирования перечня медицинских организаций, оказывающих такую помощь, объяснил исполняющий обязанности министра здравоохранения Челябинской области Виталий Щетинин. На основании заключения экспертного совета перечень больниц ежегодно формируется в областном Минздраве. При проведении процедуры учитываются сведения о структуре медицинской организации, её сотрудниках и их квалификации, наличии оборудования, опыте проведения высокотехнологичных вмешательств и т.д.

Лечебные учреждения, утверждённые советом, получат целевую субсидию на выполнение гос-

задания. Субсидия должна быть направлена на оплату труда работников, приобретение лекарственных препаратов и расходных материалов, приобретение, техническое обслуживание и ремонт медицинских изделий, используемых при оказании высокотехнологичной медицинской помощи, и оплату расходов, обеспечивающих их содержание. На другие цели эти средства использовать нельзя.

Кроме того, Челябинская область впервые будет финансировать процедуры донорства органов и тканей совместно с федеральным бюджетом. Об этом приняты соответствующие изменения в постановление регионального правительства. Речь идёт о расходах на медицинские манипуляции, предваряющие непосредственно процедуру пересадки, – обследование донора, обеспечение сохранности биоматериала, взятие, хранение и транспортировку органов и тканей.

Мария ХВОРОСТОВА,
внешт. корр. «МГ».
Челябинск.

Новости

Вместе с дипломами получили направления на работу

В Омском областном медицинском колледже состоялся выпуск специалистов со средним медицинским образованием. Дипломы по специальностям «лечебное дело», «сестринское дело», «акушерское дело», «стоматология ортопедическая» и «стоматология профилактическая» получили 443 выпускника. Более 80 юношей и девушек окончили колледж с красным дипломом. Вместе с дипломами им вручили и благодарственные письма за активную общественную деятельность в студенческую пору на таких нивах, как творчество, спорт, научно-исследовательская работа, социальная активность.

Большинство выпускников вернутся в родные сёла, деревни Прииртышья, откуда были направлены на учёбу в медколледж. Другие останутся в областном центре. Всем им уже определены рабочие места – кому в ЦРБ, кому в участковой больнице или фельдшерско-акушерском пункте.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ.

Омск.

Приморцы учатся в школе реабилитации

В Приморском крае с начала года более сотни занятий прошли в школе реабилитации для родственников, осуществляющих уход за пожилыми и больными людьми. Слушателями бесплатных курсов стали около тысячи приморцев. Уроки проводятся во всех филиалах Приморского центра социального обслуживания населения. Наиболее активно занятия проходят в Находке, Артёме, Партизанске.

Пройти обучение по уходу за лежачими больными могут не только их родственники. Среди слушателей школы социальные работники, волонтеры, студенты – будущие специалисты по социальной работе.

На занятиях посетители знакомятся с методиками помощи больным, в том числе используемыми в учреждениях здравоохранения, рассказывают о профилактике осложнений, обучают использованию технических средств реабилитации и многим другим полезным навыкам.

Часто на уроки приглашают квалифицированных психологов, которые раскрывают слушателям секреты психологической помощи. И такая поддержка нужна не только людям, которые утратили возможность двигаться самостоятельно, но и тем, кто за ними ухаживает. Бесплатные занятия пользуются популярностью у жителей региона. Организаторы уверяют, что в необычной школе каникул нет и не будет.

Николай РУДКОВСКИЙ.

Владивосток.

ТФОМС пришёл на помощь больницам

Сразу два региональных медучреждения получили экстренную финансовую помощь из средств территориального фонда обязательного медицинского страхования Самарской области. Это пришлось сделать из-за аварийных ситуаций, возникших на двух объектах региональной отрасли здравоохранения – в Самарской клинической гериатрической больнице и Челновршинской центральной районной больнице.

В гериатрической больнице в результате прорыва системы холодного и горячего водоснабжения оказались затоплены помещения первого этажа, где расположены, в том числе, приёмное отделение и палаты интенсивной терапии. Руководство учреждения направило обращения в ТФОМС и Министерство здравоохранения Самарской области с просьбой выделить средства на устранение последствий аварии. В кратчайшие сроки заявка была удовлетворена, из ТФОМС поступило 3 млн 700 тыс. руб. на ремонтные работы.

В Челновршинском районе медицинское учреждение пострадало в результате стихийного бедствия – при урагане был повреждён настил крыши. Руководство ЛПУ также обратилось с просьбой о финансовой помощи в ТФОМС и региональный Минздрав. Из средств территориального фонда ОМС выделено 465 тыс. руб. Ремонт проведён успешно, больница сейчас работает в штатном режиме.

Выделяя средства на ремонт, специалисты фонда проанализировали представленную проектно-сметную документацию и в дальнейшем отслеживали весь ход работ.

Павел АЛЕКСЕЕВ.

Самара.

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

События

В добрый путь, друзья!

(Окончание.

Начало на стр. 1.)

Тем, кто поступит в университет в этом году, нынешние выпускники посоветовали: «Учиться, учиться и учиться». А все возможности для этого у будущих студентов есть: наряду с реконструкцией университетских клиник происходит оснащение инновационным оборудованием аудиторий вуза и центра непрерывного профессионального образования. Идёт строительство нового общежития, которое будет введено в эксплуатацию в конце этого года. Созданы специализированные офисы, задача которых – работа с авторами научных статей, помощь в продвижении публикаций в международных изданиях.

До 1 января 2016 г. не было нормативной документации, определяющей порядок аккредитации врачей.

Ситуация изменилась: Президентом РФ подписан Федеральный закон № 389-ФЗ от 29.12.2015

«О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» с тем, чтобы



Медаль «Преуспевшему» Пётр Глыбочко вручает Анастасии Игнатовой

аккредитация вводилась поэтапно. Она коснётся всех медицинских и фармацевтических работников. Но в этом году через новую систему допуска к профессиональной деятельности – первичную аккредитацию – пройдут только выпускники фармацевтических и стоматологических факультетов. Главное достоинство стандартов третьего поколения в том, что они практико-ориентированные. Благодаря этому выпускники сразу будут допущены к процедуре аккредитации, получат индивидуальные допуски к конкретным направлениям деятельности и смогут работать на определённых должностях.

Итак, дипломы вручены, торжественно прозвучала Клятва врача. Совсем скоро в клиниках появится много новых хороших профессионалов...

Вячеслав СВАЛЬНОВ,
корр. «МГ».

Москва.

Фото Александра ХУДАСОВА.

Ориентиры

Маршрутизации онкобольных — «да!»

Петербургские эксперты подвели предварительные итоги пилотного проекта по маршрутизации пациентов со злокачественными новообразованиями, что третий год выполняется в стенах клинической больницы Святого Луки.

Под «пилот» здесь открыли специализированное многопрофильное онкологическое отделение, на койки которого поступают раковые больные урологического, гинекологического и гастроэнтерологического профиля. Смысл проекта заключается в снижении смертности пациентов путём максимального сокращения времени получения ими хирургической помощи через чёткое взаимодействие поликлинического и стационарного звеньев онкослужбы. О том, каковы первые результаты, представители экспертного сообщества и обменялись мнениями на координационном совете по реализации мероприятий, направленных на снижение смертности

от злокачественных заболеваний, под председательством вице-губернатора Санкт-Петербурга Ольги Казанской.

По сообщению главного онколога больницы Святого Луки профессора Олега Скрябина, ныне в стационаре оказывается весь комплекс лечебных мер при онкологической патологии, в том числе химиолучевая и гормональная терапия, а также высокотехнологичное хирургическое лечение. Важным нововведением в деятельности онкологического отделения стало включение районного онколога в состав отборочной комиссии стационара. Посему решение о маршрутизации пациентов в зависимости от их диагноза и операбельности, резектабельности опухоли и прочих условий принимается без проволочек, в кратчайшие сроки. Как результат, произошёл резкий рост числа первично выявленных заболеваний, что позволяет врачам приступить к лечению больного на ранней, наименее опасной для его жизни

стадии заболевания. Кроме того, эксперт одобительно высказался по поводу работы с городской системой автоматизированного учёта больных с подозрением на злокачественные новообразования.

Главный хирург Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга профессор Пётр Яблонский считает, что результат сделанного анализа показателей хирургической деятельности в онкологическом отделении вышеупомянутой больницы позволяет судить об эффективности консолидации усилий амбулаторной и стационарной служб. Там прибегают к высокотехнологичным малоинвазивным вмешательствам, а это обстоятельство значительно приблизило специализированную медицинскую помощь к пациентам со злокачественными новообразованиями.

Подвела черту разговору экспертов Ольга Казанская, назвав создание специализированного отделения на базе многопрофильного стационара и оптимальную маршрутизацию больных эффективным путём организации онкологической помощи горожанам.

Владимир КЛЫШНИКОВ,
соб. корр. «МГ».

Санкт-Петербург.

Острая тема

На сотрудника бригады «скорой» в Анапе напал пациент, которого тот только что спас. Итог – у медика закрытая черепно-мозговая травма, перелом костей носа, ушиб мягких тканей лица.

Всё началось в 7:30 утра, когда наряд полиции вызвал бригаду интенсивной терапии для молодого человека в городской парк. Прибывшие врач и фельдшер диагностировали симптомы сильной алкогольной интоксикации и принялись оказывать первую медпомощь. Пациенту стало лучше, он даже смог говорить и начал выражаться в адрес медработников в нецензурной форме. Затем он набросился на фельдшера А.Кучарова и нанёс

Очередной приступ агрессии

ему несколько ударов по голове и лицу. Сейчас пострадавший фельдшер находится на стационарном лечении.

Анапа, Темрюк, Геленджик, Краснодар, Сочи – пожалуй, пора отмечать на карте Краснодарского края города, в которых позволяют себе нападать на тех, кто спасает жизни. Так, в Геленджике летом прошлого года водитель «крутой» иномарки избил водителя и фельдшера «скорой» только за то, что она якобы мешала проезду. Затем неизвестные во дворе одного из краснодарских домов стреляли из ружья по автомобилю скорой

помощи, пока врачи занимались оказанием срочной медпомощи пациенту. В Сочи молодой фельдшер попал в реанимацию после конфликта с мужем гражданки, не пожелавшей уступить дорогу карете скорой помощи. В Темрюке всю бригаду жестоко избили пациенты, а 8 лет назад в Краснодаре фельдшеру «скорой» порезали горло. Всего за прошлый год в крае зарегистрировано более 50 случаев таких преступлений.

Краснодарская краевая общественная организация медицинских работников (ККОМР), членом которой является и региональный

министр здравоохранения Евгений Филиппов, выступает в защиту пострадавших при исполнении своего долга медиков.

Руководитель ККОМР Дмитрий Любченко неоднократно говорил, что врачи, фельдшеры, медсёстры, персонал «скорых» должны быть защищены от нападений законом. «Это вызов всему медицинскому сообществу. Мы будем делать всё, чтобы поддержать нашего коллегу и добиться справедливости всеми законными способами», – отметил Дмитрий Александрович.

Медработники края уже вы-

ступили в поддержку законопроекта, который приравнивает врачей скорой медицинской помощи к полицейским. Такой документ подготовлен в Госдуме.

В поддержку данного законопроекта ККОМР собрала 100 тыс. подписей и направила президенту Национальной медицинской палаты Леониду Рошалю с целью дальнейшего представления на обсуждение в Госдуму РФ.

Аревик ТАМРАЗЯН,
внешт. корр. «МГ».

Краснодарский край.

Официально

За качественную и доступную медицину

В Минздраве России прошло очередное заседание рабочей группы по осуществлению мониторинга выполнения поручений Президента РФ по итогам Форума «За качественную и доступную медицину!»

Совещание провели первый заместитель министра Игорь Каграманян и заместитель руководителя исполкома Общероссийского народного фронта Наталья Костенко.

Ключевыми темами дискуссии

были сельское здравоохранение и оказание скорой медицинской помощи. Участники встречи обсудили механизм привлечения новых кадров в сельскую местность, а также вопрос обеспечения удалённых населённых пунктов необходимой инфраструктурой и общественным транспортом. Отдельно были проанализированы данные о состоянии автодорог и карет «скорой», в том числе их соответствие национальному стандарту Российской Федерации.

Рабочая группа была создана приказом министра здравоохранения РФ Вероники Скворцовой с целью исполнения поручений президента РФ и улучшения качества и доступности медицинской помощи. Решение о проведении регулярных заседаний и обсуждении наиболее острых вопросов было принято на первой встрече представителей Минздрава России с ОНФ, которая состоялась 25 декабря 2015 г.

Виктор МАРИНИН.

МИА Сити!

Проекты

Приказы по профессиональным программам

Минздравом России разработаны проекты приказов «Об утверждении примерных дополнительных профессиональных программ по специальности «Радиология», «Об утверждении примерных дополнительных профессиональных программ по специальности

«Радиотерапия», «Об утверждении примерных дополнительных профессиональных программ по специальности «Рентгенология».

Данные приказы являются документами, регламентирующими содержание и организационно-ме-

тодические формы дополнительного профессионального образования медицинских специалистов, работающих в сфере ядерной медицины.

Алексей ПИМШИН.

МИА Сити!

Перспективы

Взгляд на будущее фармацевтики

Количество клинических исследований лекарств, проводимых в нашей стране, увеличивается. Об этом сообщил журналистам директор Департамента общественного здоровья и коммуникаций Минздрава России Олег Салагай.

Так, в 2007 г. было проведено 563 исследования, в 2011-м – 571, в 2014-м – 750, в 2015-м – 804, то есть рост составил 7,2% с 2014 по 2015 г. и 42,8% – с 2011 по 2015 г.

Это отражает, в том числе, имеющее место в последнее время существенное развитие отечественной фармацевтической индустрии. Так, по данным Минпромторга России, в целом по итогам 2015 г. завершено исполнение

126 контрактов в рамках ФЦП «Развитие фармацевтической и медицинской промышленности до 2020 г. и дальнейшую перспективу», а также реализуется 65 проектов, предполагающих разработку и производство, в том числе фармацевтических субстанций, и 320 проектов по разработке инновационных лекарственных средств по социально значимым заболеваниям. По данным Росстата, индекс производства всей фармацевтической продукции в 2015 г. к 2014 г. демонстрирует рост, составив 108,9%.

При этом количество международных многоцентровых исследований несущественно снизилось за последние несколько лет (с 2014 по 2015 г. – менее чем на 1,5%),

что в целом отражает имеющуюся тенденцию по снижению общего числа клинических исследований за рубежом. Так, например, если в 2008 г. количество клинических исследований в Европейском союзе составляло 9334, то в 2011 г. оно снизилось до 6011, а в 2013-м – до 5406.

Применение экспертами современных международных подходов, совершенствование законодательства в совокупности с более качественной подготовкой документов заявителями к подаче в регулирующий орган позволили минимизировать количество отказов без снижения требований к качеству, эффективности и безопасности лекарственных препаратов: доля положительных заключений на проведение международных исследований увеличилась – с 77,5% в 2012 г. до 96,4% в I квартале 2016 г.

Павел АЛЕКСЕЕВ.

МИА Сити!

Решения

МЧС обяжет туристов...

Туристические компании, специализирующиеся на активных видах туризма, а также самостоятельно путешествующие туристы с детьми должны за 10 рабочих дней до начала путешествия информировать территориальные органы МЧС о своих маршрутах. Такое предложение содержится в законопроекте, подготовленном Министерством по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий. Документ был размещён 29 июня на портале проектов нормативных правовых актов.

Туркомпаниям и индивидуальным предпринимателям, оказывающим услуги по активным видам туризма на территории России, туристам и туристским группам, в том числе имеющим в своём составе детей до 18 лет, рекомендуется не позднее чем за 10 рабочих дней до начала путешествия информировать территориальные органы МЧС о маршрутах передвижения, связанных с повышенным риском причинения

вреда жизни и здоровью туристов и их имуществу, говорится в документе.

То же относится к туристам с детьми, осуществляющим самостоятельные путешествия в горную и труднопроходимую местность, на спелеологические, водные и другие объекты. Порядок информирования органов МЧС, поисково-спасательных и аварийно-спасательных формирований

министерство должно разработать в течение полугодия.

Проект постановления разработан по поручению заместителя председателя Правительства РФ Ольги Голодец, уточняется в пояснительной записке. Поручение было дано на совещании 20 июня, созванном после трагедии на Сямозере в Карелии, где погибли 15 детей. После этого ЧП О.Голодец также предложила изменить законодательство в сфере детского отдыха. В частности, есть предложение вывести тендеры по детским путёвкам в летние лагеря из системы электронных аукционов. Она заявила, что осенью начнётся полная ревизия законодательства в этой сфере.

Алексей ЛЕОНИДОВ.

МИА Сити!

Юбилей

Заместителю председателя Профсоюза работников здравоохранения РФ, заслуженному работнику здравоохранения Российской Федерации, кандидату медицинских наук Геннадию ЩЕРБАКОВУ исполнилось 70 лет.

Уважаемый
Геннадий Алексеевич!

Примите от журналистов «Медицинской газеты» самые искренние поздравления с юбилейным днём рождения! 35 лет вы отдали профсоюзной работе, проявляя инициативу и ответственность за результаты порученного дела. Иначе и быть не могло, так как вы вышли из медицинской среды, окончив 2-й Московский государственный медицинский институт им. Н.И.Пирогова. Потому интересы медиков для вас превыше всего. А общественных площадок для защиты их прав у профсоюза всегда достаточно, в том числе и на страницах газеты. И примеров достаточно. Являясь членом ревизионной комиссии Федерального фонда обязательного медицинского страхования, готовили заключения профсоюзу при рассмотрении в рамках трёхсторонней комиссии очередных проектов федерального бюджета и бюджета Федерального фонда ОМС, в которых непременно настаивали на соблюдении прав граждан на бесплатную медицинскую помощь, обеспечении соответствующего уровня оплаты труда работников здравоохранения. Самое активное участие принимали в разработке концептуальных позиций новых систем оплаты труда работников бюджетной сферы, реализуемых в нашей отрасли с 2008 г. Благодаря вашей настойчивости конкретные предложения профсоюза были учтены при разработке и реализации региональных программ модернизации здравоохранения, майских указов Президента РФ. Актуальность этих предложений нашла отражение в Единых рекомендациях по установлению на федеральном, региональном и местном уровнях систем оплаты труда работников государственных и муниципальных медицинских учреждений, ежегодно утверждаемых на заседаниях РТК.

Как член центральной аттестационной комиссии Минздрава России вы добились включения ряда принципиальных изменений в действующий порядок аттестации. А в совете ассоциации непроизводственной сферы РФ вы координируете работу по защите экономических интересов работников здравоохранения, образования и культуры, прилагая большие усилия для консолидации медицинской общественности, всего гражданского общества.

Желаем вам, Геннадий Алексеевич, и дальше проявлять такую же созидательную энергию на благо работников здравоохранения. Не уставать вам и уверенно двигаться к цели, помогать медикам жить и работать!

Журналисты «Медицинской газеты».

Однако

«Стоматологическая халтура»



В территориальный орган Росздравнадзора по Москве и Московской области обратилась женщина, которая пожаловалась на результат лечения, полученного в стоматологическом кабинете на Новослободской улице.

Специалисты Росздравнадзора совместно с Тверской межрайонной прокуратурой Москвы провели внеплановую выездную проверку медицинской организации.

В результате было установлено, что деятельность по указанному адресу осуществлялась стоматологом нелегально, без оформления лицензии. При проведении работ применялось оборудование, техническая исправность которого не может быть подтверждена. Кроме того, врачом использовались лекарственные препараты (в том числе анестетики) с истек-

шим ещё в начале 2015 г. сроком годности, а также просроченные медицинские изделия (пломбы и др.), в том числе не разрешённые к использованию на территории Российской Федерации.

По результатам проверки территориальный орган Росздравнадзора оформил протоколы об административном правонарушении. В судебном иске поставлен вопрос о конфискации медицинского оборудования в пользу государства для последующей утилизации.

В настоящее время с руководителем стоматологической «конторы» продолжает работать прокуратура, в том числе по признакам иных нарушений действующего законодательства Российской Федерации.

Семён ГОРБУНКОВ.

МИА Сити!

На прошедшем в Москве мультимедийном «круглом столе» обсудили одну из самых злободневных проблем отечественной медицины: «Обязательное медицинское страхование: нужно ли что-то менять?»

Первый заместитель председателя Комитета Совета Федерации по экономической политике, председатель временной комиссии СФ по мониторингу экономического развития Сергей Калашников, который был инициатором дискуссии, на этот вопрос ответил утвердительно. «К сожалению, в России, пока гром не грянет, крестьянин не перекрестится. Сейчас грянул гром в экономике и здравоохранении», — прямо заметил он в начале своего выступления. Конечно, проблемы в здравоохранении начались гораздо раньше. Но сегодня особенно качество отечественной медицинской помощи заставляет задуматься: куда мы идём?

Похоже, недовольство медицинской в обществе нарастает из-за того, что гарантированный минимум медицинской помощи становится всё менее доступным. В той модели здравоохранения, которая существует сейчас, потеряны ключевые принципы, и к тому же просто не хватает денег. В регионах РФ недостаточно средств для выплаты взносов в ОМС.

Проблема существует с начала 90-х годов, когда был принят закон об ОМС. Однако те положительные моменты, которые нес на себе ФОМС тогда, перекрывали все недостатки. Те деньги, которые шли на медицину из фонда до 2001 г., по сути, спасли здравоохранение при минимальном бюджете. Но когда в нём появились деньги, ситуация изменилась.

Модель медицины в СССР пред-

полагала, что болезнь легче предупредить, чем лечить, по крайней мере в деньгах разница очевидна. Вместо этого организаторами здравоохранения была выдвинута идея о том, что деньги должны следовать за пациентом. Но какой выбор лечебного учреждения может быть у человека, у которого районная больница находится в 50 км? Конечно, он теоретически может приехать в Москву, но с одним полисом к хорошему врачу он не попадёт.

кументов увеличился за последние 3 года в 8 раз.

В свою очередь, заместитель директора Финансово-экономического департамента Минздрава России Пётр Кузьменко напомнил, что одна из основных целей развития отечественного здравоохранения — оказание гражданам качественной и бесплатной медицинской помощи. В последнее время выросла продолжительность жизни россиян, которая уже составляет

руб. Оплата амбулаторной помощи переведена на подушевое финансирование, что ориентировано на конечный результат лечения. Таким образом, работа поликлинического звена зависит не только от количества больных, но и от качества самой помощи. Но остаётся проблема финансирования лечения социально значимых заболеваний, таких как туберкулёз, сифилис, шизофрения и др.

Начальник Управления орга-

говорить, что система ОМС не эффективна, не корректно. ОМС не только спасло от краха систему здравоохранения, но и сегодня обеспечивает качественную медицинскую помощь населению.

Генеральный секретарь, член президиума Общества врачей России Эрик Праздников сообщил, что, по мнению 180 тыс. врачей общества, несмотря на критику, в нынешней экономической ситуации существование ФОМС необходимо. Система стала работать лучше, устраняются те проблемы, которые были у всех на слуху, — непрозрачность деятельности, распределение средств, неполноценность самой страховой модели. Система ОМС нуждается в совершенствовании, упорядочении, но её ликвидация может привести к коллапсу в отрасли.

Подытожил дискуссии заведующий отделом анализа и мониторинга деятельности медицинских организаций Минздрава Московской области Юрий Ларкин. Система ОМС нуждается во внесении поэтапных изменений, которые должны быть направлены на улучшение здравоохранения, акцентировал он. Медицинские учреждения не должны искусственно наращивать количество пациентов, чтобы не потерять денежные средства. Есть экстренная, неотложная и платная медицинская помощь. Получилось, что экстренная и неотложная помощь, которую раньше оказывала «скорая», сегодня переложена на плечи лечебных учреждений, у которых и так большой дефицит кадров. И этот вопрос тоже надо решать. Так же, как и повышение ответственности граждан за своё здоровье.

Вячеслав СВАЛЬНОВ,
корр. «МГ».

Москва.

«Круглый стол»

Систему ОМС привести в порядок

И она поможет в повышении качества медицинской помощи

Ориентируясь на медицинские услуги и пролеченные случаи, ФОМС полностью выкидывает из здравоохранения такие важнейшие направления, как превентивная медицина, паллиативная помощь, долечивание, реабилитация, профилактика. Частные страховые компании, которые являются посредниками между ФОМС и лечебным учреждением, получают 2% от перечисленных им денег и 10% от сэкономленных средств — в основном это штрафы. По самым минимальным подсчётам, в прошлом году эта сумма составила 60 млрд руб. Зато объём заполняемых на каждого больного до-

71,4 года. Снизилась смертность, в последние 3 года продолжается прирост населения. Этим положительным результатов, несмотря на экономические трудности, удалось добиться за счёт оптимизации оказания медицинской помощи, в том числе и за счёт её финансирования.

Здравоохранение является крупнейшей отраслью бюджетной сферы, расходы на него выросли за последние 10 лет в 3 раза. Сейчас расходы на медицину составляют около 2,9 трлн руб. в год. При этом всё большую роль приобретают средства ФОМС — сейчас его бюджет составляет почти 1,7 трлн

низации Федерального фонда ОМС Светлана Кравчук отметила, что до 2013 г. в 39 субъектах РФ имелся дефицит программ ОМС. Сейчас этого нет — ежегодно в субъекты добавляются средства на реализацию местных медицинских программ. С 2013 г. фондом осуществляется базовая диспансеризация и профилактика всех категорий граждан. А с 2006 по 2012 г. было осмотрено 28 млн человек. Что касается частных страховых компаний, здесь С.Кравчук стала оппонировать С.Калашникову, они получают всего 0,9-1% от перечислений и никаких 50 млрд руб. они не приобрели. Поэтому

Начало

Новые стандарты знаний

Ими уверенно овладевают нынешние и будущие медики Алтайского края

В Барнауле состоялось официальное открытие аккредитационного центра для выпускников стоматологического и фармацевтического факультетов Алтайского государственного медицинского университета. В церемонии открытия приняли участие губернатор Алтайского края Александр Карлин, ректор АГМУ профессор Игорь Салдан, начальник Главного управления по здравоохранению и фармацевтической деятельности Ирина Долгова, заведующий кафедрой факультетской хирургии им. профессора И. Неймарка член-корреспондент РАН Яков Шойхет. Также это торжество не смогли пропустить главные врачи краевых и городских лечебно-профилактических учреждений.

Ещё и года не прошло после рабочего визита министра здравоохранения РФ В.Скворцовой в Алтайский край, во время которого она в ответ на обращение губернатора А.Карлина приняла решение о выделении федеральных средств на оснащение в Алтайском медицинском университете симуляционного центра. Оно поставило долгожданную финальную точку в работе, длившейся с 2012 г.

— Создание симуляционного центра позволит организовать учебный процесс в полном соответствии с современными образовательными стандартами. Наряду со знаниями будущие врачи смогут овладевать практическими навыками уже на стадии обучения. С другой стороны, симуляционный центр будет нацелен на обеспечение процесса повышения квалификации практикующих медиков, — сказал губернатор края.

Симуляционный и аккредитационный центры вуза решают

несколько задач. Здесь будут проходить обучение не менее 5 тыс. человек ежегодно: 2500 студентов, почти 700 выпускников, более 800 практикующих врачей, около 500 школьников и 600 специалистов экстремальных служб. Также на этих площадках граждане, не являющиеся профессиональными медработниками, будут получать необходимые знания, чтобы уметь обеспечивать доврачебную помощь, поскольку, по словам губернатора, каждый современный человек должен быть готов к этому.

Профессор Я.Шойхет акцентировал внимание на историческом значении открывшегося центра для здравоохранения и образования. «Сегодня, несмотря на условия кризиса и многомиллионные затраты, в Алтайском крае фактически решился этот очень серьёзный вопрос — обучение будущих медиков и врачей оказанию помощи в жизненно опасных ситуациях. Алтайский край сегодня шагнул через многие десятилетия, и это событие войдёт в историю алтайского здравоохранения», — отметил он.

На создание центра направлено 32 млн руб. из федерального бюджета. Дополнительно вуз выделил 20 млн на покупку оборудования и проведение ремонта. В центре более двух десятков роботов и манекенов: большинство из них имеют сложный механизм, который позволяет программировать разные клинические ситуации и задачи. Симуляционный и аккредитационный центры медвуза оборудованы новейшими дорогостоящими тренажёрами и симуляторами. Занятия здесь проводят преподаватели вуза и ведущие специалисты здравоохранения Алтайского края в области педиатрии, стоматологии,



Во время открытия центра (слева направо) И. Долгова, Д. Бессарабов, А. Карлин и И. Салдан знакомятся с оборудованием

фармации, хирургии, акушерства и гинекологии.

— По существу, мы открыли первый этаж центра, а в следующем году обязаны запустить ещё два его этажа для выпускников лечебного и других факультетов, на это необходимо порядка 100 млн руб., — сказал на церемонии ректор И.Салдан. Он подчеркнул, что не в каждом регионе есть такой единый аккредитацион-

ный центр. По его словам, после завершения обустройства всего корпуса проходить курсы обучения, программы переобучения в Барнауле смогут студенты и врачи не только Алтайского края, но и близлежащих территорий.

Елизавета ГУНДАРИНА,
внест. корр. «МГ».

Барнаул.

Ситуация

Каждый четвёртый осуждённый, отбывающий наказание в исправительных учреждениях Кузбасса, имеет положительный ВИЧ-статус.

Диагноз укорачивает путь к свободе и жизни...

В конце мая таких заключённых было 4290. Тогда как 12 лет назад в зонах и тюрьмах Кемеровской области содержалось порядка 500 осуждённых со статусом «ВИЧ+».

Все граждане, поступающие в следственные изоляторы Кузбасса, в обязательном порядке проходят тестирование на ВИЧ-инфекцию методом ИФА: в ведомстве действуют 4 лаборатории, оснащённые соответствующим оборудованием, тест-системы поступают централизованно. В 2015 г. таким образом впервые узнали о диагнозе 810 подсудимых.

Случаи заражения ВИЧ именно в УИС, по словам начальника медико-санитарной части № 42 ФСИН России полковника внутренней службы Сергея Мышкина, единичны, и по каждому из них проводится эпидрасследование. С начала этого года их выявлено всего 3.

«Антиретровирусную терапию должны получать сегодня около 800 осуждённых», — уточняет С.Мышкин.

За 5 месяцев этого года суды Кемеровской области освободили досрочно, в связи с наличием тяжёлого заболевания, 58 осуждённых и 7 подсудимых. До 60% из них находились в состоянии СПИДа...

Валентина АКимова,
соб. корр. «МГ».

Кемерово.

Детский врач Людмила Козлова стала первым из медиков сенатором – заместителем председателя Комитета Совета Федерации по социальной политике. Доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ, лауреат премии «Призвание» согласилась поделиться своими мыслями с читателями «МГ» о непросто ситуации в сегодняшнем здравоохранении.

– Людмила Вячеславовна, непросто, конечно складывался у вас жизненный путь от педиатра до законодателя высокого ранга...

– Родилась я в Азербайджане. Окончив в Баку школу с золотой медалью, приехала в Смоленск. Здесь в медицинском институте получила специальность педиатра. А дальше путь – от рядового врача до заведующей кафедрой госпитальной педиатрии и проректора Смоленской государственной медицинской академии. Опыт складывался «по кирпичикам». Мне очень нравилась работа – педагогическая, лечебная, научная, поэтому старалась делать всё на отлично. И это получалось – кафедра, которой руководила, стала одной из ведущих не только в области, её знали в медицинских вузах России. Наши сотрудники участвовали практически во всех всероссийских научных конгрессах, конференциях, съездах, периодически выезжали на подобные мероприятия за рубеж. При кафедре были созданы курсы неонатологии и курсы детской эндокринологии, организована школа педиатра. Главной оценкой всего, что делала, было одобрение моих учителей, которые очень внимательно следили за ростом кафедры и радовались её успехам. Мне повезло с учителями, до сих пор по велению души встречаюсь с ними, по мере необходимости помогаю им.

Горжусь своими учениками. Только за 13 лет работы в Смоленской академии они успешно защитили 7 докторских диссертаций и 16 кандидатских. Наш главный принцип – минимальное лекарственное вмешательство в организм больного ребёнка. Мы следуем указанию замечательного русского терапевта Б.Вотчала: «Лечить надо тогда, когда нельзя не лечить».

Национальную премию «Призвание» за «Новое научное направление перинатологии» я получила в составе группы ведущих неонатологов и акушеров-гинекологов, возглавляемой академиком РАН Н.Володиным. Николай Николаевич – ученик академика В.Таболлина, моего учителя. Помню: пришла, будучи аспиранткой периферийного вуза, посоветоваться о теме будущей диссертации и увидела человека, тогда члена-корреспондента РАМН, который стал для меня образцом поведения – учёного, врача... Меня поразила его доступность, простота в обращении. Вячеслав Александрович Таболин сыграл определяющую роль в самом начале моей научной карьеры своими бесценными советами.

Став политиком, я продолжаю выполнять обязанности вице-президента Российской ассоциации детских кардиологов, эксперта в области детской пульмонологии, аллергологии и неонатологии, занимаюсь законодательным решением проблем социальной политики, в том числе и отечественного здравоохранения.

И, конечно же, самая тесная у меня связь со ставшей такой родной Смоленщиной. Когда мне предложили баллотироваться в

Авторитетное мнение

Людмила КОЗЛОВА:

Всегда надо помнить о престиже нашей профессии

Проблемы медицины глазами сенатора-врача



депутаты смоленской областной Думы я согласилась после встречи с губернатором. Почему? Да потому, что почувствовала его искреннее желание изменить жизнь на Смоленщине к лучшему. Посчитала, что должна помочь в этом, если понадобятся мои профессиональные знания, опыт. Время подтвердило – решение было правильным. Не могу скрыть радости, что наконец-то во многом благодаря губернатору А.Островскому сдвинуто с мёртвой точки строительство перинатального центра. В 2017 г. исполнится моя мечта – начнётся строительство нового корпуса областной детской больницы.

– **Болевые точки отечественного здравоохранения, на ваш взгляд?**

– В отрасли немало делается, что вселяет надежду. Однако... С моей точки зрения, основные проблемы: доступность, качество медицинской помощи и дефицит кадров. С горечью приходится констатировать снижение качества и доступности медицинской помощи. И во многом это связано с дефицитом кадров и медицинским образованием. Хорошо известно, что качество оказания медицинской помощи не может быть выше уровня полученного образования.

Со студенческой скамьи мы помним слова замечательного инфекциониста А.Билибина: «Врачевание предполагает не только встречу врача с пациентом, но и общение с ним, с желанием обоим быть понятыми друг другом. А такой процесс уже сам по себе представляет творчество в миниатюре». Но о каком творчестве может идти речь, когда на беседу с больным и его осмотр врачу отводится 12 минут? В силах ли он за это время собрать

анамнез заболевания? И не просто собрать, а убедить человека, что ему необходимо обследование, лечение... В ходе скоротечного приёма врач озабочен другим: не упустить что-то в записи, ведь страховые компании сразу наложат штрафы, и зарплата, без того мизерная, ещё больше похудеет, а у больницы будет меньше денег на питание пациентов и медикаменты...

– **Что противопоставить нарастающей проблеме?**

– Моё мнение – пора пересмотреть систему формирования заработной платы, повысить реально базовые оклады, увеличив фонд зарплат, а не играть в стимулирующие надбавки в пределах имеющегося фонда зарплаты, уменьшая объёмы медицинской помощи, сокращая медицинский персонал и увеличивая нагрузки на оставшихся работников. Речь идёт о повышении социального статуса и престижа специальности медицинских работников (врачей, среднего медперсонала, а также преподавателей высших и средних учебных медицинских учреждений). Зарплата медика при всех нынешних объективных трудностях, переживаемых нашей экономикой, должна быть явно иной, хотя бы среднего уровня. Имею в виду средний уровень оплаты труда по стране. Важно добиться, чтобы страховая система выглядела не как карательный орган, а работала на защиту пациентов, не снижая при этом престиж профессии врача и не унижая его.

Беда отрасли – отсутствие жилья и надежды на то, что скоро оно появится. Но и эту проблему можно сдвинуть с мёртвой точки. Почему бы нам не ввести систему жилищных сертификатов для медицинских работников (по аналогии с военными)?.. Если медики будут знать, что у них есть реальная надежда, пусть через годы, получить такой сертификат, а значит, и квартиру, они будут больше внимания уделять работе, пациентам. Понятно, что нужно и больше семейных общежитий для медработников.

Решать проблему дефицита медицинских кадров надо на региональном и федеральном уровнях. Одним из решений этой проблемы на региональном уровне могут быть целевые приёмы на договорной основе. Но договора должны быть составлены юридически грамотно, чтобы человек не мог их не выполнить. Конечно, нужна и доплата к сти-

пендии для тех, кто едет работать в районы. Её размер должен определяться на местах, исходя как из возможностей районов, так и количества лет, в течение которого врач обязан отработать в ЛПУ региона.

Решение проблемы на федеральном уровне – повышение социального статуса и, как следствие, престижа специальности. Нам всем пора понять: чтобы получить неравнодушного и знающего врача, необходимо вернуть общественное уважение и социальную заботу о людях этой профессии. Да, бюджет не безграничен. Но для чего тогда министерство финансов, министерство экономики, федеральные власти, как не для того, чтобы решать социальные проблемы?..

Притчей во языцех стали разговоры о прорехах в финансовой сфере. И при этом редкий день обходится без разоблачения очередного коррупционера. Жулики, похоже, не очень-то расстраиваются: наворованное остаётся у них... Я, как и многие россияне, выступаю за конфискацию нажитого нечестным образом. Это могло бы помочь бюджету.

Думая о национальной безопасности, мы выдвинули задачу импортозамещения. Конечно, необходимо снизить тотальную зависимость от зарубежных лекарств и медицинских изделий, поддерживать разумный баланс между импортом и отечественным производством. Однако это следует делать не запретительными, а стимулирующими мерами – финансовой и налоговой поддержкой ведущих фармпредприятий государства, инвестициями в научно-промышленные проекты, подготовкой высококвалифицированных специалистов-фармакологов.

– **Ваше отношение к коммерциализации медицины?**

– Не скрою, беспокоит увеличение платных услуг. Нет, я не против частных клиник, они должны быть наряду с государственными. И каждому человеку надо иметь выбор, где лечиться, необходима здоровая конкуренция между лечебными учреждениями. А для этого государственные клиники тоже должны иметь хорошее оборудование, оснащение, комфортные условия пребывания. В сложных экономических условиях, когда большинство населения не в состоянии оплачивать лечение, очень важно, чтобы людям была доступна бесплатная и качественная медицинская помощь, которая гарантирована Конституцией. А медики должны работать в одном лечебно-профилактическом учреждении, уделяя достаточное время пациентам и получая зарплату, обеспечивающую хотя бы

средний уровень жизни. Пока же множество примеров, когда днём врач трудится в государственной поликлинике, а вторую смену отработывает в платной клинике.

– **Какие вопросы занимают сегодня сенатора?**

– Президент страны в Послании Федеральному Собранию отметил: «В последние годы нам многое удалось сделать для развития здравоохранения, но мы по-прежнему далеки от нужных показателей». Со своей стороны хочу подчеркнуть: сдвиг появится, если все, в том числе и организаторы здравоохранения всех уровней, и население страны, осознают аксиому – истоки заболеваний взрослых уходят корнями в детский возраст, формирование здоровья также происходит в детстве. Если мы хотим чего-то добиться не на словах, а на деле, то профилактикой должны заниматься с самого раннего возраста. Более того, не тогда, когда ребёнок родился, а когда он ещё находится в утробе матери, в перинатальном периоде. Именно в это время формируются все завтрашние проблемы. И профилактикой здоровья надо заниматься, не теряя дорогого времени.

Президент настойчиво напоминает нам о том, что пора больше внимания уделять профилактике и диспансеризации, подчёркивая: исполнение социальных обязательств – один из главных вопросов для российских властей при всём сегодняшнем непростом положении с бюджетом. Это добавляет всем нам оптимизма. Но, с другой стороны, мне становится стыдно за нас, медиков, когда вижу, как на практике теряется то, что всегда было гордостью отечественной медицины, – её профилактическая направленность.

Здоровье во многом определяется приверженностью к здоровому образу жизни как каждого человека, так и семьи. Известно, что уровень нашего здоровья только на 5-10% зависит от собственно системы здравоохранения, а на 50-60% – от образа жизни. Нам очень необходим Федеральный закон о стимулировании мотивации к здоровому образу жизни. При Правительстве России создана рабочая группа по разработке такого закона, которую возглавляет вице-премьер О.Голодец. Это подтверждение того, что охрана здоровья населения действительно является одним из приоритетов государственной политики.

Практика убеждает: пора оптимизировать работу страховых компаний. Мы готовы вернуться к закону об обязательном медицинском страховании, чтобы минимизировать негативные последствия перехода на одноканальное финансирование. Требуем решения вопросы организации медицинского обслуживания пожилых людей, ветеранов, инвалидов и участников войн, жителей села и школьников. Необходимо решить проблемы социальной адаптации детей, чьи матери отбывают наказание в тюрьмах. Начата работа над соответствующим законопроектом.

Конечно, трудно сразу решить все накопившиеся проблемы, тем более в условиях снижения финансирования. Нередко звучит критика в адрес Министерства здравоохранения, которое, как мне хорошо известно, работает с большой нагрузкой. Проблемы есть, о них надо говорить, но не только критиковать штаб отрасли, а по возможности помогать в их решении.

Беседу вёл
Михаил ГЛУХОВСКИЙ,
корр. «МГ».

Лечебные учреждения Ульяновской области будут участвовать в современных перспективных медицинских проектах. Они направлены на развитие системы профилактики, улучшение качества медицинского обслуживания и внедрение новых врачебных методик. Такие решения были приняты по итогам ежегодной межрегиональной научно-практической конференции, в которой приняли участие более 1,5 тыс. человек.

Организаторами конференции выступили правительство Ульяновской области, региональное Министерство здравоохранения, Медицинская палата области и Ульяновский государственный университет. В ходе пленарных и секционных заседаний, «круглых столов» медицинские и научные работники, руководители лечебно-профилактических учреждений, представители профильных учебных заведений, руководители коммерческих структур из различных регионов России обсуждали наиболее актуальные вопросы современной медицины, делились своими достижениями и проблемами, искали пути дальнейшего совершенствования качества оказания медицинской помощи.

В результате был определен ряд перспективных проектов, в которых будет участвовать регион. Это касается и дальнейшего развития системы профилактики, и улучшения качества медицинского обслуживания, и внедрения новых методик. Появляются новые идеи, которые требуют поддержки, дальнейшего развития.

– За последние 5 лет смертность от всех причин снизилась в регионе на 8%, а средняя продолжительность жизни сегодня находится на рекордном уровне и составляет 71,8 года. Эти цифры говорят о том, что та работа, которая ведётся в области, уже приносит свои плоды. Сохранение и преумножение здоровья каждого жителя – это наша

Проекты

Идеи, которые зовут за собой

В Ульяновской области всё активнее развивают профилактическую медицину



Для снижения смертности населения больше внимания надо уделять профилактике заболеваний

главная цель, именно поэтому 2016 г. в Ульяновской области объявлен Годом здравоохранения. В его рамках проводится целый комплекс мер по развитию спорта, профилактики, пропаганды здорового образа жизни. Все условия созданы, и сейчас важно, чтобы ульяновцы сами, без лишних напоминаний и агитаций, обратили внимание на своё здоровье, вышли на эти спортивные площадки, занимались спортом систематически, а не от одного фестиваля до

другого. Наша цель – увеличение числа граждан, постоянно придерживающихся правил здорового образа жизни, и снижение к 2021 г. доли курящих граждан на 30%, а лиц, употребляющих алкоголь, на 10%, – отметил заместитель председателя правительства – министр здравоохранения Ульяновской области Павел Дегтярь.

– В снижении смертности населения более 50-60% от всей работы отводится именно профилактике заболеваний и здо-

ровому образу жизни. В связи с этим приоритет развития профилактической медицины с каждым годом становится всё более актуальным в субъектах РФ. Одним из первых регионов в эту работу включилась именно Ульяновская область. Сегодня этот регион наряду со Свердловской и Вологодской областями входит в тройку лидеров по организации системы профилактики. Здесь создана реально действующая межведомственная комиссия по популяризации здорового образа жизни, сформирована соответствующая структура отделений и кабинетов медицинской профилактики. Это позволяет поднять качество работы по формированию здорового образа жизни на новый уровень. Отлично, что в рамках реализации Года здравоохранения и в ходе конференции это направление стало одним из центральных, – отметил заместитель директора Государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины Минздрава России Руслан Линчак.

Напомним, в регионе открыты центры охраны репродуктивного здоровья детей и подростков, действует 7 центров здоровья, 10 отделений профилактики,

38 кабинетов медицинской профилактики, 28 кабинетов здорового ребёнка, функционируют 35 кабинетов отказа от курения. Количество курящих ульяновцев сократилось за 2 последних года на 4,4%, а количество посетителей центров здоровья с каждым годом увеличивается на 10%.

– Видно, что специалисты стараются даже в условиях кризиса уделять этой сфере особое внимание. Нужно помогать людям, которые хотят развивать здравоохранение. Поэтому нам бы хотелось, чтобы Ульяновская область сотрудничала с нашей организацией и участвовала в наших проектах. К примеру, мы организуем дистанционные школы для подготовки будущих родителей к рождению ребёнка. У нас для этого есть методические пособия ведущих специалистов страны. Мы открыли университет в Ступино Московской области, где ведётся такое обучение в заочной форме. Также мы создали реестры новых технологий и если наши ульяновские коллеги представят свои разработки, мы обязательно включим их, – отметила президент общероссийской общественной организации «Союз женщин-врачей России», профессор кафедры медицинской реабилитации Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, доктор медицинских наук Ольга Гончарова.

В ходе пленарного заседания конференции исполняющий обязанности губернатора Сергей Морозов наградил медицинских специалистов за заслуги в охране здоровья населения, высокий профессионализм и многолетний добросовестный труд.

Виктория ГУРСКАЯ,
внешт. корр. «МГ».

Фото
Александра ХУДАСОВА.

Ульяновск.

Между нами, коллегами

Начальник глазами врачей

Что показали результаты одного анонимного анкетирования

Мы провели анонимное анкетное исследование деятельности 238 врачей различных специальностей, осуществляющих обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры работников, имеющих контакты с вредными производственными факторами. Опрошенные врачи находились на последипломном обучении по профессиональной патологии. Всего было задано более 50 вопросов. Они касались их знаний, должностей, методов работы и пр.

Сравнивая результаты опроса по данной анкете с опросом работников, проведённым нами в 1992 г., стал очевиден несомненно более высокий уровень знаний и умений специалистов. Практически все врачи из разных российских городов имели сертификаты по своей специальности, многие были аттестованы и по профпатологии. Крайне важно подчеркнуть, что если раньше в данных комиссиях работали в подавляющем большинстве терапевты, то сейчас на них приходится только 47%. Среди врачей других специальностей: по 11% – на хирургов и неврологов, 9% – на офтальмологов, по 5% – на акушеров-гинекологов, дерматовенерологов, психиатров, наркологов, 4% – на оториноларингологов и примерно по 1-2% – на эндокринологов, инфекционистов и стоматологов. Это, безусловно, повысило качество проведения медицинских осмотров данной категории работников.

Вместе с тем нельзя обойти вниманием мнения врачей о своих

непосредственных руководителей, которые в большинстве своём – главные врачи поликлиник и их заместители. Достаточные деловые качества, по мнению терапевтов, имели 35% руководителей, а по мнению узких специалистов – 60%. Личностная оценка такова: положительная – 47% терапевтами и лишь 27% – узкими специалистами, почти поровну обе группы врачей оценивали у начальников такие положительные качества, как решительность, организованность (по 25%), честность и оптимизм (по 16-17%). Опрошенные отметили и негативные стороны своих непосредственных руководителей. На первых местах были такие качества, как нерешительность (29%), далее неорганизованность (2-4%), по 1% – авторитаризм, невоздержанность, субъективизм и даже жадность, ханжество, занудство и пр. Если подойти к этим ответам с психологической точки зрения, то здесь есть некоторые биолого-генетические характеристики личности, которые

трудно исправить. Но есть и черты поведения начальствующего состава, указывающие на недостаток воспитания, а порой и на болезненное состояние (скорее, «профессиональное выгорание»).

Делать окончательный вывод из нашего исследования с помощью анонимного опроса врачей, соответствуют ли своему рабочему месту их начальники, едва ли правомочно. Но, по нашему мнению, требуются более широкие исследования по оценке личностных и деловых качеств руководителей врачебных комиссий по проведению медицинских осмотров работников. Безусловно, это надо делать с привлечением специалистов – психологов, психотерапевтов. Однако наши данные указывают на то, что вопросы о подборе кадров на руководящие должности в поликлиниках должны быть под более строгим вниманием.

Владимир РЕТНЁВ,
профессор кафедры медицины труда
Северо-Западного государственного
медицинского университета
им. И.И.Мечникова,
доктор медицинских наук.

Санкт-Петербург.

Ситуация

У Анны Гороховой 55 лет медицинского стажа, из них 43 года – работы в центральной районной больнице Крыловского района Краснодарского края. Не раз она завоёвывала профессиональные награды и удостоивалась благодарности своих пациентов. Но в её жизни произошла трагедия: в результате страшного пожара в квартире Анна Евграфовна потеряла сына и осталась без родного дома... Она была вынуждена перебраться в больницу. Днём, как и всегда, принимала пациентов, а после оставалась переночевать в свободной палате или комнате персонала.

Помогли коллеге обрести крышу

Вся зарплата и пенсия уходила на ремонт квартиры. Восстанавливать пришлось буквально всё: крышу, полы, водо- и электроснабжение:

– Я не привыкла бездействовать, но у меня не хватает сил и средств, чтобы скорее завершить восстановление и вернуться домой, – говорит А.Горохова. – Коллеги подсказали, что можно обратиться в Краснодарскую краевую общественную организацию медицинских работников.

– Когда мы узнали о таком бедственном положении нашей коллеги, то сочли, что это дело чести для всего медицинского сообщества – не остаться в стороне и помочь, – сообща-

ет председатель организации Дмитрий Любченко. – Не оставила равнодушной эта история и вице-губернатора края А.Минькову. На совете членов правления краевой общественной организации медработников, на котором присутствовал министр здравоохранения края Е.Филиппов, медики приняли единогласное решение оказать материальную помощь Анне Евграфовне в размере 150 тыс. руб. Эта сумма уже передана в её распоряжение. Совсем скоро она сможет вернуться домой.

Аревик ТАМРАЗЯН,
внешт. корр. «МГ».

Краснодарский край.

– Владимир Владимирович, с ваших слов, востребованность услуг специалистов народной медицины в России за последний год выросла на 20%. Это цифры Росстата?

– Нет, это экспертная оценка. По сообщениям специалистов народной медицины, которые работают в разных регионах страны, обращаемость за минувший год выросла в среднем на 20%.

Чаще всего люди приходят к ним по поводу страхов и фобий, аллергических заболеваний, мигренозных состояний, нейроциркуляторной дистонии, дискинезии желчевыводящих путей, а также эндокринных расстройств в части нарушений работы щитовидной железы, надпочечников. Если обобщить, речь идёт о состояниях, связанных с центральной или периферической нервной системой и так называемыми психосоматическими заболеваниями.

– Лечение пациентов со всеми заболеваниями, которые вы перечислили, успешно занимается официальная медицина. Почему же человек ищет альтернативные варианты?

– Современная медицина хорошо лечит заболевания в остром периоде, неотложные состояния, инфекционные и ряд других, но что касается хронических заболеваний, то с ними результаты не столь эффективны. В этих случаях современная медицина назначает лишь симптоматическую терапию. Нет примеров, чтобы излечили пациента от гипертонической болезни. Или от псориаза. А у народной медицины в силу комплексного подхода к работе с этими патологиями есть большой опыт полного излечения. Не со всеми болезнями, конечно, и не во всех случаях, но во многих она справляется и достигает выздоровления человека.

– Так чего же проще: взять и объединить усилия традиционной и современной медицины в интересах пациентов. Или гордыня не позволяет примириться?

– К счастью, этап полного отчуждения остался позади, некоторые методы народной медицины уже интегрированы в современную медицину. Например, остеопатия: в России это теперь официальная медицинская специальность. Та же апитерапия: именно в нашей стране были проведены исследования и установлена эффективность апитоксина в лечении серьёзных неврологических заболеваний, например, болезни Паркинсона, различных корешковых поражений.

Вообще я не стал бы говорить о каком-то противостоянии современной и народной медицины. Наоборот, намечается активное их сотрудничество и взаимодействие. Министерство здравоохранения России, как мы видим, серьёзно относится к возможностям народной медицины и хочет оценить, каким образом интегрировать её в государственную систему здравоохранения, особенно в санаторно-курортное лечение, медицинскую реабилитацию.

– Существует ли система обучения специалистов народной медицины, или каждый желающий сам читает книжки и сам себя обучает?

– По направлениям фито-, гирудо-, апитерапия, гомеопатия, остеопатия, рефлексотерапия и мануальная терапия система подготовки сформирована – послевузовская, на базе медицинских университетов. И хотя некоторые виды традиционной медицины, например, китайская и аюрведическая, не интегрированы в



Аюрведы» и оказывают услуги по аюрведическому массажу. Но это же вводит в заблуждение и потребителей, и проверяющих. Хорошо, что у центра в принципе есть медицинская лицензия. Хотя сам факт, что рамки нормативных документов не позволяют использовать метод, который доказал свою эффективность тысячами, – это, конечно, недостаток современной законодательной базы нашего здравоохранения. Такая же ситуация и с традиционной китайской

аккредитации на допуск к практике сдавать экзамен по традиционным методам медицины, если врач собирается этими методами оказывать услуги. То есть ввести всё те же требования и правила, как в официальной медицине. Я считаю, что это справедливо.

– В нынешней редакции статьи 50 «Основ законодательства...» вообще невозможно понять, о каких именно видах народной медицины идёт речь, сказано лишь, что всякого рода шаманство, бесконтактное воздействие и магия не имеют отношения к теме.

– Вот мы и хотим разъяснить, чтобы было понятно: вот это – народная медицина, которая разре-

субъекты РФ спрятали голову в песок и делают вид, что 50-й статьи закона нет. Думают, если не выдали целителю разрешение, то он будет работать незаконно и правоохранительные органы смогут привлечь его к ответственности. На самом деле всё совершенно по-другому: если у человека нет разрешения на занятия целительством, потому что субъект РФ не установил порядок выдачи такого разрешения, то ответственность за незаконное занятие народной медициной не наступает вообще.

В итоге может пострадать пациент. Поэтому необходимо, чтобы каждый субъект РФ организовал выдачу разрешений на право

Авторитетное мнение

Полоса отчуждения размыта?

Вопрос об интеграции официальной и народной медицины снова в повестке дня

Координационный совет по совершенствованию нормативно-правового регулирования в сфере народной медицины создан при Министерстве здравоохранения РФ. О том, что данному вопросу в ведомстве придают серьёзное значение, говорит тот факт, что возглавил совет первый заместитель министра Игорь Каграманян, а в его состав вошли 30 человек, среди которых специалисты федеральных медицинских учреждений, главные специалисты Минздрава России, региональные министры здравоохранения, профессора и заведующие кафедрами ряда медицинских вузов.

Перед вновь созданным совещательным органом стоят масштабные задачи: разработать ряд нормативных документов, касающихся традиционной медицины (то есть утвердившейся

современную российскую медицину, программы последипломной подготовки врачей по этим методам в своё время тоже были утверждены Минздравом России.

– **Задача вновь созданного координационного совета – разработать новый пакет нормативных актов или усовершенствовать то, что уже существует?**

– Его задача – создать полноценную нормативно-правовую базу, которая бы позволяла, не ломая существующую основу оказания медицинской помощи, добавлять методы традиционной медицины, если того требует состояние пациента. В настоящее время есть порядки оказания медицинской помощи, есть клинические рекомендации, но в них пока, к сожалению, методы традиционной медицины представлены очень скудно.

– **То есть как-то всё-таки представлены?**

– В номенклатуру медицинских услуг официально внесены фитотерапия, гирудотерапия. В порядки медицинской помощи по некоторым профилям, а именно по реабилитации, тоже внесли фитотерапию. Уже, насколько я знаю, утверждены порядки оказания медицинской помощи с применением метода остеопатии.

Для чего нужно правовое регулирование? Чтобы официально использовать те методы, которые наработаны веками. Например, сегодня в России не может официально применяться аюрведическая медицина. У нас есть понятие «медицинский массаж», а масляный аюрведический массаж в нашей стране не считается медицинским. В итоге специалисты берут лицензию на медицинский массаж, в рекламе пишут «Центр

– **Речь идёт об изменениях в статье 50 «Основ законодательства об охране здоровья граждан в РФ»?**

– И об этом тоже. Действительно, есть в федеральном законе статья о народной медицине, но она, по существу, относится не к той традиционной медицине, которая разрешена к применению в официальной медицинской практике, а к той, которая не разрешена. Эта статья регулирует не фитотерапию, а травничество. Не остеопатию и мануальную терапию, а костоправство. Она никак не регулирует гомеопатию, апитерапию, фитотерапию, гирудотерапию и др.

Далее, та часть деятельности специалистов, которая по факту уже давно официально интегрирована в современную официальную медицину, тоже хаотично разбросана по разным нормативным документам: нет чёткого перечня, какие методы народной медицины разрешены в рамках официальной медицинской деятельности.

В период с 1996 по 2012 г. применение методов традиционной медицины нужно было вписывать в лицензию учреждения на медицинскую деятельность. Затем этот процесс прекратился. Сегодня вновь речь идёт о том, чтобы восстановить лицензирование использования методов народной медицины.

Следующая задача – унифицировать образовательные программы для послевузовской подготовки по традиционной медицине. Речь также идёт о том, чтобы ввести правило для таких специалистов, как это существует для всех остальных медиков, каждые 5 лет проходить повышение квалификации по своим разделам. А также при

в народных традициях) – уточнить терминологическую базу; включить специалистов традиционной медицины в систему последипломного медицинского образования; содействовать внедрению отдельных видов традиционной медицины в процесс оказания медицинской помощи в качестве дополняющих стандартную терапию; урегулировать обращение лекарственных средств, используемых в традиционной медицине.

Подробнее о работе координационного совета и о проблемах, которые накопились в сфере целительства, в интервью «МГ» рассказал один из заместителей председателя совета, президент Российской профессиональной медицинской ассоциации специалистов традиционной и народной медицины Владимир ЕГОРОВ.

шена к применению в официальной медицинской деятельности и для которой есть инструкции и методические рекомендации. А это – часть народной медицины, которая осталась сама по себе народной, то есть костоправство, травничество. Она не может применяться в лечебных учреждениях.

Целители, которые оказывают услуги по костоправству, травничеству и т.д., не могут получить медицинскую лицензию, но им необходимо разрешение региональных органов управления здравоохранением на занятие народной медициной. Как его выдавать, тоже очень туманно написано: по представлению профессиональных медицинских некоммерческих организаций. Однако Минздрав может по наличию в наименовании слова «медицинская» зарегистрировать любую ассоциацию, которая по сути медицинской не является. Соответственно, органы управления здравоохранением при рассмотрении представления на сертификат целителя должны уточнить, а из кого состоит экспертная комиссия? Из врачей или не врачей? Потому что в составе многих этих ассоциаций, которые сейчас в России выдают представления целителям, врачей вообще нет. Это уточнение тоже должно быть в законе.

– **Правильно ли я понимаю, что конечная цель изменений и дополнений в статью 50 – легитимизировать ту область народной медицины, которая не ассоциирована с официальной медициной?**

– **Вовсе нет.** Она и сейчас «легитимизирована» дальше некуда: у нас по всей стране работают целители без всяких разрешений. А почему? Потому что многие

заниматься народной медициной так, как это предусмотрено федеральным законом.

– **Вас не смущает, что такой сертификат выдаётся в том числе людям, которые не имеют никакого медицинского образования? Вчера был слесарем и чинил сантехнику, а сегодня стал больным лечить.**

– Действительно, много нареканий к целителям, что они порой безграмотны в медицинском плане, и это может повлечь риски для пациентов. Но согласитесь, заставлять какую-нибудь бабушку в 70 лет получать полноценное среднее медицинское образование бессмысленно. И в то же время медицинские знания, необходимые для безопасного оказания услуг тем или иным методом народной медицины, должны быть у всех.

В проекте новой редакции статьи 50 это требование прописано. Речь не идёт о 3-4-летнем курсе обучения в медицинском колледже. Предлагается сформировать специальный образовательный стандарт медицинской подготовки для целителей со сроком обучения до одного года.

Проект новой редакции статьи 50 уже подготовлен Комитетом по охране здоровья Госдумы и направлен в Минздрав России на согласование. Собственно, координационному совету и предстоит решать, насколько этот проект совершенен как юридический документ, а также насколько он понятен и гражданам, и правоприменителям. Ну а дальше будет видно, достаточно ли статьи 50 или необходимо разработать отдельный законопроект о народной медицине по примеру некоторых европейских стран.

Беседу вела Елена БУШ, обозреватель «МГ».

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 47 (1986)

Хронический ларингит – хроническое воспалительное заболевание слизистой оболочки гортани длительностью более 3 недель. Хронические ларингиты составляют 8,4-10% от всей патологии лор-органов. Отёк Рейнеке составляет 5,5-7,7% от всех заболеваний гортани, приводящих к нарушению голоса. Хронический гиперпластический ларингит чаще встречается у мужчин в возрасте 40-60 лет, а болезнь Рейнеке – Гайека – у женщин.

Этиология

Хронический ларингит может развиваться после перенесённого острого ларингита, чаще всего начало процесса установить невозможно. Причинами ларингита являются бактериальная, грибковая, микоплазменная, вирусная и хламидийная инфекции; наружная и внутренняя травма шеи и гортани, в том числе ингаляционные поражения и травма инородным телом; аллергия, гастроэзофагеальный рефлюкс и др. Из числа пациентов, страдающих любой формой ларингита, 92% являются курильщиками. В отдельную клиническую форму можно выделить ларингиты грибковой этиологии – ларингомикозы. Крайне редко встречаются ларингиты паразитарной этиологии.

Среди профессиональных вредностей имеет значение контакт с пылью, газами, повышенными температурами. Большое значение имеет повышенная голосовая нагрузка, особенно с использованием твёрдой атаки. Возникновению воспалительной патологии гортани способствуют хронические заболевания бронхолегочной системы, носа и околоносовых пазух, нарушение разделительной функции гортани, злоупотребление спиртными напитками и табаком, нарушение обмена при сахарном диабете, гипотиреозе, заболеваниях желудочно-кишечного тракта, хроническая почечная недостаточность, перенесённая лучевая терапия, кортикостероидная терапия в анамнезе.

Специфические ларингиты являются вторичными и развиваются при туберкулёзе, сифилисе, инфекционных заболеваниях (дифтерии), системных заболеваниях (болезнь Вегенера, ревматоидный артрит, амилоидоз, саркоидоз, полихондрит, системная красная волчанка и др.), заболеваниях крови, кожи (пузырчатка, большая многоформная эритема). Иммунологические аспекты хронической воспалительной патологии гортани до конца не изучены. Диагностируются нарушения интерфероновой и иммунной систем.

Патогенез

Практически все хронические ларингиты являются предраковыми заболеваниями. Хотя по классификации предраковых заболеваний гортани Комитета по изучению опухолей головы и шеи (1977) при Всесоюзном обществе онкологов хронический отёчно-полипозный ларингит, катаральный и атрофический ларингит не названы предраковыми заболеваниями, однако гиперплазия слизистой оболочки может развиваться и на фоне этих воспалительных процессов. Наибольшую опасность в плане малигнизации представляет собой гиперпластический ларингит, протекающий с кератозом, пахидермией, лейкоплакией. Для хронических ларингитов характерно рецидивирующее течение.

Хронический гиперпластический ларингит характеризуется гиперплазией эпителия слизистой оболочки гортани. До конца не известен патогенез заболевания. Лучшее известное патогенез хронического отёчно-полипозного ларингита. Течение заболевания связано с анатомическими особенностями пространства Рейнеке. Иммуногистохимическое исследование и электронная микроскопия удалённых участков слизистой оболочки голосовых складок у пациентов с болезнью Рейнеке выявляют повышенную субэпителиальную васкуляризацию с большим количеством расширенных сосудов. Стенки сосудов истончены, отмечается ломкость капилляров. Ломкость и изменение сосудистого рисунка в пространстве Рейнеке и является причиной отёка в этой области, способствует прогрессированию заболевания. Этим же можно объяснить и

возникновение кровоизлияний в голосовые складки в начальной стадии заболевания при резко повышенных голосовых нагрузках. Кроме этого, большое значение имеет нарушение лимфооттока.

Классификация

Хронические ларингиты делят на катаральный, отёчно-полипозный (болезнь Рейнеке – Гайека), атрофический, гиперпластический ларингиты. Отдельно выделяют специфические ларингиты и некоторыми авторами отдельно определяется пахидермия гортани. Выделяют ограниченную и диффузную форму гиперпластического ларингита. Узелки голосовых складок, по данным некоторых авторов, являются фор-

Дифференциальная диагностика и лечение различных форм хронического ларингита

мой гиперпластического ларингита, однако большинство авторов склонны определять эту патологию как самостоятельную.

Профилактика

Профилактика хронизации воспалительного процесса в гортани заключается в своевременном лечении острого ларингита, гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, воспалительной патологии верхних и нижних дыхательных путей, отказа от курения, соблюдении голосового режима.

Скрининг

Ларингоскопическому обследованию должны подвергаться все пациенты с охриплостью, а также необходимо диспансерное обследование населения с целью выявления лор-патологии. К сожалению, большая часть пациентов с хроническим гиперпластическим ларингитом и хроническим отёчно-полипозным ларингитом не обращаются к врачу в связи с ухудшением качества голосовой функции, и эти формы воспалительного процесса диагностируются в поздних стадиях, когда пациенту показано хирургическое лечение. Это связано с тем, что бытует мнение, что охриплость является неотъемлемой частью курения, к тому же комплаентность этой категории пациентов – низкая.

Клиническая картина

При хроническом ларингите ведущей жалобой является стойкое нарушение голосовой функции, иногда кашель, боль в горле при голосовой нагрузке, парестезии в проекции гортани, иногда одышка. Изменения голосовой функции отличны при разных формах ларингита. Для хронического гиперпластического ларингита характерна постоянная охриплость с огрублением голоса, наличием множества призвуков. При хроническом отёчно-полипозном ларингите ведущим симптомом является стойкая охриплость, которая характеризуется постепенным смещением тембра голоса в низкие частоты мужского тембра.

Для атрофического ларингита более характерно снижение толерантности к голосовым нагрузкам, появление кашля и боли при попытке улучшить громкость голоса, придыхательная охриплость. У больных катаральным ларингитом на первый план выходят жалобы на различные парестезии в проекции гортани и на охриплость, усиливающуюся в процессе голосовой нагрузки, снижение выносливости голоса. При отёчно-полипозном ларингите возможно развитие дыхательной недостаточности до стеноза гортани 3-й степени.

Характерен внешний вид больных, страдающих отёком Рейнеке: симптоматика гирсутизма у женщин, склонность к отёкам

лица. При длительно текущем ларингите в ряде случаев развивается гипертрофия вестибулярного отдела гортани в связи с формированием ложноскладчатой фонации. Кашель не является постоянным симптомом ларингита. Если пациент предъявляет жалобы на кашель, необходимо дообследование для выяснения причины кашля.

Диагностика. Клиническое обследование

Анамнез

При сборе анамнеза обращают внимание на скрининг этиопатогенетических факторов развития заболевания, частоту рецидивов. Важен анамнез голосового расстройства (характер нарушения голосовой функции, его давность, потребность пациента в голосовых нагрузках), так как это позволяет не только провести начальную дифференциальную диагностику заболевания и определить его давность, но и построить правильную систему этапного голосовосстановительного лечения.

Физикальное исследование

При физикальном исследовании больного хроническим ларингитом следует обращать внимание на наружные контуры шеи и гортани, подвижность скелета гортани пальпаторно и при глотании, участие мышц шеи в фонации. При напряжённой фонации отчётливо видно напряжение наружных мышц шеи. Оцениваются регионарные лимфоузлы, их увеличение может свидетельствовать о перерождении предракового процесса. Определяют размер щитовидной железы, что особенно важно для больных хроническим отёчно-полипозным ларингитом. В плане оценки голосовой функции кроме субъективной оценки качества голоса оценивают качество артикуляции и индивидуальные особенности речи.

Лабораторные исследования

Комплексное общеклиническое обследование больного хроническим ларингитом с привлечением врачей других специальностей (гастроэнтеролога, эндокринолога, пульмонолога, невролога, ревматолога, инфекциониста, дерматолога и др.) проводится для выяснения этиологических факторов развития воспалительного процесса и сопутствующей патологии.

При всех формах хронического, часто рецидивирующего, ларингита, кроме отёчно-полипозного, необходимо бактериологическое и микологическое исследование. Наиболее частыми возбудителями ларингита являются: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *S. aureus*, *Mycoplasma spp.*, *Actinomycetes diptheriae*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*. Для хронического гиперпластического ларингита характерны ассоциации микроорганизмов, среди которых наиболее часто встречаются *Staphylococcus aureus*, *epidermidis*. Установлено, что возбудителями ларингомикоза в 97% наблюдений являются дрожжеподобные грибы рода *Candida*, чаще всего *Candida albicans* и *Candida spp.*, реже встречаются и другие виды – *C. tropicalis*, *C. krusei*, *C. pseudotropicalis*, *C. glabrata*.

При упорном и нетипичном течении ларингита выполняется ПЦР-диагностика на вирусы простого герпеса, герпесвируса 6, цитомегаловируса, вируса Эпштейна – Барр, хламидии, микоплазмы, ДНК грибов, микобактерий туберкулёза и оценка иммунного статуса.

Основным методом дифференциальной диагностики хронического гиперпластического, специфического и отёчно-полипозного ларингита является гистологическое исследование. При обследовании пациента со специфическим процессом требуются дополнительные методы диагностики основного заболевания. Гистологическое

исследование в этих случаях не всегда информативно.

Инструментальные исследования

Основным методом диагностики ларингита является ларингоскопия. При этом абсолютное предпочтение следует отдавать проведению микроларингоскопии, которая может быть осуществлена с помощью непрямого осмотра гортани с использованием микроскопов и бинокулярных луп, применения эндоскопической техники. Оптимально, если осмотр будет записан на видеонаоситель, так как это даст возможность осуществлять полноценное наблюдение за пациентом с предраковым процессом. Если возможности провести микроларингоскопию нет, пациента следует отправлять на консультацию в те учреждения, где этот способ диагностики существует.

Микроларингоскопическая картина хронического ларингита разнообразна. В абсолютном большинстве случаев патология – двусторонняя. Хронический катаральный ларингит характеризуется усилением сосудистого рисунка голосовых складок, их

гиперемией, сухостью слизистой оболочки. При хроническом отёчно-полипозном ларингите полиповидная дегенерация слизистой оболочки может быть различной: от лёгкой веретенообразно-стекловидной опухоли, которая выглядит как «брюшко», до тяжёлого флотирующего, полиповидного, полупрозрачного или серого, серо-розового цвета студенистого утолщения, стенозирующего просвет гортани. При атрофическом ларингите слизистая оболочка голосовых складок выглядит тусклой, возможно наличие вязкой мокроты, отмечается гипотония голосовых складок и несмыкание при фонации.

При диффузной форме хронического гиперпластического ларингита отмечается инфильтрация голосовых складок, видны очаги кератоза, гиперемия слизистой оболочки гортани, возможно наличие фибриновых налётов, скопление вязкой или гнойной мокроты. Пахидермия – гиперплазия слизистой оболочки в межчерпаловидной области. Кератоз – патологическое ороговение эпителия слизистой оболочки гортани проявляется в виде пахидермии (утолщение слизистой оболочки в межчерпаловидной области), лейкоплакии, гиперкератоза.

При всех формах ларингомикоза отмечен общий микроларингоскопический признак – наличие у всех больных белесоватого налёта или скопления густой мокроты в различных отделах гортани. Диагноз ларингомикоза может быть поставлен только после верификации возбудителя.

Эндовидеоларингоскопическая картина при катаральной форме ларингита показывает незначительные изменения вибраторного цикла, отмечается снижение амплитуды колебания голосовых складок и слизистой волны. Субатрофическая форма хронического ларингита характеризуется симметричным снижением амплитуды колебаний голосовых складок, снижением вертикального компонента и отсутствием фазы смыкания. При отёчно-полипозном ларингите фаза смыкания – полная, колебания голосовых складок – асимметричные и аperiодичные, амплитуда колебаний голосовых складок – низкая, а слизистая волна, наоборот, резко увеличена. При гиперпластической форме ларингита визуализируются серьёзные нарушения вибраторного цикла. Определяются ограничение амплитуды колебаний голосовых складок (по всей длине или на отдельном участке), отсутствие смещения слизистой оболочки по свободному краю, слизистая волна резко укорочена, феномен смещения слизистой по краю отсутствует, отмечаются несимметричные и неравномерные изменения амплитуды колебаний и слизистой волны, участки ограниченной подвижности. Проведение видеоларингоскопии показано больным с ограниченным кератозом. Различают поверхностно располагающийся ке-

ратоз и спаянный с подлежащими слоями. Спаянный кератоз особенно подозрителен на раковое поражение и является абсолютным показанием к хирургическому лечению.

Для дифференциальной диагностики хронического ларингита успешно используются методы аутофлуоресценции, узкоспектральной эндоскопии (NBI) и другие, основанные на анализе сосудистого рисунка поражённых участков слизистой оболочки, возможно также применение контактной эндоскопии, которая представляет собой прижизненное морфологическое исследование слизистой оболочки.

Компьютерный спектральный анализ голосовой функции позволяет документировать изменения голоса, однако в дифференциальной диагностике ларингита имеет небольшое значение. Исследование помогает на более поздних сроках терапии определить качество и характер фонации каждого конкретного пациента с целью построения правильной системы голосовосстановительного лечения.

Компьютерная томография гортани и трахеи проводится при необходимости дифференциальной диагностики с раком гортани. Исследование функции внешнего дыхания показано пациентам с хроническим отёчно-полипозным ларингитом для верификации симптомов скрытой дыхательной недостаточности при стенозе гортани.

Дифференциальная диагностика

Дифференциальная диагностика осуществляется в первую очередь с раком и туберкулёзом гортани. Во всех случаях подскладкового ларингита, артрита перстнечерпаловидного сустава следует проводить дифференциально-диагностический поиск на выявление системного заболевания. Вовлечение в патологический процесс гортани при гранулематозе Вегенера встречается в 6-25% случаев в виде подскладкового ларингита, сопровождающегося подскладковым стенозом. Изолированное поражение гортани при склероме наблюдается в 4,5% случаев, чаще в процесс вовлекаются нос, носоглотка и гортань. Бледно-розовые бугристые инфильтраты формируются в подскладковом пространстве. Процесс может распространяться в трахею или вверх на другие части гортани. Встречаются первичный амилоидоз гортани, узловая или диффузно-инфильтративная формы, и вторичный – на фоне хронических воспалительных системных заболеваний (болезнь Крона, ревматоидный артрит, туберкулёз и т.д.). Наиболее часто поражение носит диффузный характер при интактной слизистой, иногда с распространением на трахеобронхиальное дерево. Отложения амилоида локализуются преимущественно в надскладковом отделе гортани, иногда в виде подскладкового ларингита. Саркоидоз встречается в гортани в 6% случаев в виде эпиглотита и гранулём. Голосовые складки поражаются редко. При ревматоидном артрите патология гортани диагностируется у 25-30% пациентов. Клинически заболевание проявляется в виде артрита перстнечерпаловидного сустава. Дифференциальный диагноз проводится на основании общеклинического, серологического обследования и биопсии. Для туберкулёза гортани характерен полиморфизм изменений. Отмечается образование милиарных узелков, инфильтратов, которые подвергаются распаду с образованием грануляций, язв и рубцеванием. Нередко образуются туберкулёмы и хондроперихондриты. Сифилис гортани проявляется в виде эритемы, папул и кондилом. Часто формируются язвы, покрытые серовато-белым налётом.

Дифференциальный диагноз хронического гиперпластического ларингита и рака гортани часто представляет большие трудности. При непрямой микроларингоскопии обращают внимание на характер сосудистого рисунка. Для рака гортани характерна атипичная капиллярность: увеличение их количества, извитая их форма в виде штопора и неравномерное расширение сосудов, точечные кровоизлияния. В целом сосудистый рисунок голосовой складки хаотичен. Нарушение подвижности голосовой складки, односторонний характер процесса настораживает в плане малигнизации хронического ларингита. Обращают на себя внимание и другие изменения голосовой складки: выраженная дисплазия, инфильтрация слизистой, очаги плотного, спаенного с подлежащими тканями кератоза и др.

Окончательный дифференциальный диагноз при ларингите ставится в результате гистологического исследования.

Морфологическая диагностика

Микроскопическая картина при хроническом гиперпластическом ларингите представляет собой сочетание реактивных изменений покровного эпителия и воспалительных, репаративных и склеротических изменений собственной пластинки слизистой оболочки. Воспалительный инфильтрат характеризуется преобладанием мононуклеарных элементов и плазматических клеток над сегментоядерными лейкоцитами. Преобладание клеток продуктивной фазы воспаления является основной отличительной чертой хронического воспаления. Второй морфологической составляющей являются реактивные изменения покровного и железистого эпителия в виде его гиперплазии, акантоза и нарушения орогования, дисплазии эпителия респираторного типа – в виде базально-клеточной гиперплазии, увеличения количества бокаловидных клеток и плоскоклеточной метаплазии. Выраженный акантоз многослойного плоского эпителия является основой пахидермии.

При хроническом отёчно-полипозном ларингите на первый план выходят не признаки воспалительной инфильтрации, а выраженный интерстициальный отёк, нередко с миксоматозом стромы, нарушение сосудистой стенки, утолщение базальной мембраны покровного эпителия.

Морфологическое исследование при специфических ларингитах и ларингомикозе хоть и имеет свои особенности, но является лишь частью диагностики, большое значение имеет вся клиническая картина заболевания, данные других методов обследования.

Показания к консультации других специалистов

Для выявления этиопатогенетических факторов развития воспалительного процесса в гортани показана консультация гастроэнтеролога, пульмонолога, аллерголога, иммунолога, эндокринолога, миколога, терапевта, гастроэнтеролога, ревматолога и фтизиатра.

Пример формулировки диагноза

Хронический гиперпластический ларингит, обострение.

Лечение

Целью лечения является элиминация воспалительного процесса в гортани, восстановление звучного голоса, предотвращение перерождения воспалительного процесса в злокачественное образование.

Показания к госпитализации

Госпитализируются пациенты, которым планируется хирургическое лечение.

Немедикаментозное лечение

Большое значение при лечении хронического ларингита имеет ограничение голосовой нагрузки, при этом шепотная речь запрещена. Необходимо создание условий для формирования физиологического типа фонации. В тех случаях, когда напряжённая фонация является одним из этиопатогенетических факторов, а также при наличии расстройств после хирургического вмешательства или в исходе воспаления, показана фонопедия. Необходимо ограничить воздействие вредных факторов внешней среды. Решающее значение имеет отказ от курения. При сохранении сухости слизистой оболочки гортани назначают ингаляции с минеральными водами и рекомендуют увлажнение воздуха в помещении.

Медикаментозное лечение

Лечение больного хроническим ларингитом должно быть комплексным, включать медикаментозную терапию, хирургическое вмешательство и голосовосстановительное лечение. Большое значение имеет терапия сопутствующей патологии верхних и нижних дыхательных путей, гастроэзофагеального рефлюкса, коррекция иммунного и гормонального статуса. Рекомендуются восстановление носового дыхания, санация очагов инфекции. При назначении терапии следует учитывать, что пациенты с хроническими ларингитами обладают крайне низкой комплаентностью. Необходима мотивация на лечение, и выбор следует отдавать комплексным препаратам для уменьшения кратности приёма лекарственных средств.

Антибактериальная терапия показана при обострении хронического ларингита, при этом она назначается эмпирически с применением препаратов широкого спектра действия (амоксциллина клавулат, респираторные фторхинолоны, макролиды) при выраженных воспалительных явлениях с присоединением гнойной экссудации. Периоперационная антибиотикотерапия назначается при проведении хирургического вмешательства при прямой микроларингоскопии, имплантационных методах

хирургической коррекции, большом объёме хирургического вмешательства. При диагностике грибкового поражения назначаются антимикотические препараты.

Применение специфической терапии при диагностике специфических ларингитов не исключает использование местной и общей противовоспалительной терапии.

Десенсибилизирующая терапия антигистаминными препаратами третьего поколения показана при обострении гиперпластического и отёчно-полипозного ларингита, при указании на аллергию в анамнезе и в некоторых случаях ларингомикоза. Следует избегать использования антигистаминных препаратов при катаральной и субатрофической форме ларингита, так как эти препараты вызывают сухость слизистой оболочки гортани.

Противоотёчная терапия системными кортикостероидами показана пациентам после хирургических вмешательств, если не проводилась декорткация голосовых складок, а также при стенозах верхних дыхательных путей, вызванных обострением хронического воспалительного процесса и не может являться монотерапией.

Муколитики и секретолитики назначают как местно, так и системно. Местно – в виде ингаляций. Можно назначать и местный и системный муколитик одновременно. Показанием к применению муколитиков является визуализация мокроты и корок в различных отделах гортани. Возможно применение длительных курсов (до 14 дней) препаратов растительного происхождения или содержащих эфирные масла при наличии сухих корок, в том числе и больным с ларингомикозом. При выборе муколитика следует помнить о том, что одним из этиологических факторов ларингита является патология желудочно-кишечного тракта, в связи с чем предпочтение следует отдавать лекарственным средствам, не имеющим побочных эффектов, влияющих на функцию желудка.

Хороший клинический эффект у больных гиперпластическим и отёчно-полипозным ларингитом достигается при применении комплексных ферментных препаратов сроком не менее 14 дней. Эти препараты способны уменьшать воспалительную инфильтрацию, локальный отёк, воздействуют на клеточный и гуморальный иммунитет.

У пациентов с субатрофической формой ларингита, а также с гипотонусными расстройствами после хирургических вмешательств показано использование стимулирующей терапии, витаминотерапии, средств, улучшающих нервно-мышечную передачу, повышающих тонус мышц. Витаминотерапия может применяться как дополнительный метод лечения. Известно, что витаминами группы А являются антиоксидантами, витаминами группы С показаны пациентами с диагностированными расстройствами микроциркуляции, витаминами группы В являются модуляторами нейромышечной передачи.

Ведущее место в лечении больного хроническим ларингитом занимает ингаляционная терапия. Для ингаляций применяют антибактериальные препараты, муколитические, гормональные средства, растительные препараты с противовоспалительным и антисептическим эффектом, а также минеральную воду. Выбор препарата для ингаляции зависит от формы воспаления: при преобладании отёка – ингаляции с кортикостероидами; при выраженном воспалении – ингаляции с антисептиками, антимикотическими препаратами. Ингаляции антибиотиками на сегодняшний день не проводятся. Исключением является препарат тиамфеникола глицинат ацетилцистеинат, который имеет в своём составе антибиотик и муколитик.

Ингаляционную процедуру лучше начинать с ингалирования муколитических средств и лишь после этого, через 20 минут, назначать аэрозоли других лекарственных препаратов. После ингаляции кортикостероида и/или антисептика через 20 минут можно провести ингаляцию минеральной воды для увлажнения слизистой оболочки. Такие ингаляционные процедуры проводят 1-2 раза в сутки. Курс лечения – не более 10 дней.

С целью создания условий для физиологической фонации и увлажнения слизистой оболочки ингаляции с минеральной водой можно назначать по 4 раза в сутки, длительность такой ингаляции может составлять 5-10 минут. Ингаляции с минеральной водой можно назначать на длительные сроки, например на 1 месяц.

Хороший клинический эффект даёт применение физиотерапевтических методов терапии: электрофорез 1%-ного йодистого калия, лидазы или хлористого кальция на

гортань, терапевтический лазер, микроволны, фонофорез, в том числе и эндоларингеальный, и др.

Для лечения больных хроническим отёчно-полипозным ларингитом, особенно в начальных стадиях заболевания, применяются также инъекции кортикостероидных препаратов в голосовые складки. Данная процедура проводится при непрямой, реже при прямой микроларингоскопии.

Хирургическое лечение

Показанием к хирургическому лечению при хроническом ларингите является выявление участков гиперплазии. Не берут биопсию только в заднем отделе гортани, где локализуется пахидермия, так как осложнением такой операции может стать рубцовая деформация и ограничение подвижности голосовых складок. Однако при подозрении на дисплазию слизистой в этой области биопсия показана. Чаще всего не берут биопсию при поверхностно лежащем кератозе, если по данным видеоларингостробоскопии под ним нет изменения подлежащих слоёв эпителия.

При хроническом гиперпластическом ларингите применяется декорткация голосовых складок и прицельная биопсия при прямой и непрямой микроларингоскопии или с помощью эндоскопической техники. При выполнении биопсии необходимо брать на исследование достаточное количество материала. Основные ошибки в диагностике рака гортани связаны с неправильно выбранным участком для биопсии и с недостаточностью материала для исследования. Несмотря на то, что основной целью хирургического вмешательства является верификация диагноза и удаление участков гиперплазированной слизистой оболочки, следует щадяще относиться к слизистой оболочке голосовых складок, не допуская, по возможности, дополнительного ухудшения голосовой функции. Планировать хирургическое вмешательство лучше после проведения противовоспалительной терапии, чтобы можно было более точно определить место для биопсии.

Целью хирургического вмешательства при отёчно-полипозном ларингите является улучшение голосовой функции, предотвращение осложнений – стеноза гортани. Гистологическое исследование удалённой слизистой оболочки проводится обязательно. При отёчно-полипозном ларингите используются в основном две хирургические методики: декорткация голосовых складок по Kleinsasser и методика Hirano. При декорткации голосовых складок стараются сохранить эпителий в области комиссуры с обеих сторон, во избежание последующего сращения и образования рубцовой мембраны или спайки.

Суть методики M.Hirano состоит в том, что проводят разрез вдоль латерального края голосовых складок, аспирируют студенистую массу, избыточную эпителиальную ткань иссекают ножницами, а оставшуюся укладывают на голосовую складку. Используются также лазерные методики. В начальных стадиях заболевания можно удалить небольшой участок изменённой слизистой оболочки. Осложнением хирургического вмешательства может быть грубое рубцевание голосовых складок, формирование рубцовой мембраны. Рубцевание голосовых складок после хирургического вмешательства длится около 4-8 недель. Пациент должен находиться под наблюдением врача, ему следует проводить противовоспалительную терапию, при необходимости – голосовосстановительное лечение. Сроки осмотра: ежедневно первые 3 дня, затем 1 раз в неделю, начиная со 2-го месяца – 1 раз в 2 недели до полного восстановления клинико-функционального состояния гортани и голосовой функции.

Дальнейшее ведение

Пациенты с хроническим гиперпластическим ларингитом должны находиться на диспансерном учёте у оториноларинголога с осмотрами 1 раз в 3 месяца, а при благоприятном течении – 1 раз в полгода.

Прогноз

При катаральной и субатрофической формах ларингита прогноз благоприятный. Хронический гиперпластический ларингит является предраковым заболеванием, возможна малигнизация. Однако возможно излечение от хронического ларингита или достижение стойкой ремиссии. Хронический отёчно-полипозный ларингит имеет длительное течение, но может привести к стенозу гортани. Все формы хронических ларингитов являются причиной стойкого нарушения голосовой функции.

Под редакцией главного оториноларинголога
Департамента здравоохранения Москвы
профессора Андрея КРЮКОВА.

Вне поля зрения

Доктор медицинских наук Владимир Чубаровский обратил внимание присутствующих на рост распространенности пограничных расстройств и поведенческих нарушений. По его мнению, статистика по психическим заболеваниям ни в коей мере не отражает состояние психического здоровья населения. Наблюдается гиподиагностика психической патологии. Из детей, у которых выраженные формы психических расстройств, лишь малая доля находится под наблюдением психиатра, психотерапевта. Ни расстройства личности, ни поведенческие девианты, ни предболезненные состояния не попадают в поле зрения врачей-специалистов. Родители обращаются к психиатру в последний момент. Они панически боятся, что это отразится на будущем сына или дочери.

Нельзя рассматривать психическое здоровье ребёнка вне влияния социума. В обществе отмечается резкий рост агрессивных форм поведения. Агрессия выливается и на учителей, и на детей, что приводит к подростковым суицидам. По одним данным, Россия находится на третьем месте в Европе по их числу, почти в 2 раза сократив количество детских суицидов, начиная с 1992 г. По другим – что страна продолжает оставаться на первом месте. Не лишне вспомнить, что соотношение реализованных и нереализованных суицидов 1 : 100. Словом, ситуация катастрофическая. Если ВОЗ определяет критический уровень 23 случая на 100 тыс. подросткового населения, то в Бурятии, Хакасии он достигает 120. Имеется тенденция к расширенным суицидам, когда кончат жизнь самоубийством одновременно по 3-4 ребёнка.

Появились девиантные формы поведения, которых никогда не было, например зацеперство, в результате чего дети погибают.

Культивируется автономная мораль, формируются подростковые группы, пропагандирующие культ смерти. Получило распространение увлечение селфи в экстремальных условиях (на крышах, например), зачастую тоже с летальным исходом. Растёт заболеваемость, обусловленная неудовлетворённостью собственной внешностью, в частности выраженные формы анорексии.

Протестные реакции, которые были присущи подростковому возрасту всегда, сейчас приобретают гротескный характер.

Под постоянным прессингом

Безусловно, на развитие нарушений в значительной степени влияют элементы организационной образовательной деятельности, интенсификация учебного процесса. Учителя борются за часы, за нагрузку, а она не соответствует психофизиологическим возможностям ребёнка, что приводит к срыву, развитию аддиктивных и поведенческих расстройств.

– На протяжении 60-80-х годов мы ставили эти вопросы, и нас слышали. Министерство образования готово было обсуждать проблемы и решать их, – заметила директор Института возрастной физиологии академик РАО Марьяна Безруких. – Сегодня учебная нагрузка подростков составляет не меньше 10 часов в день: 8 часов уроки (это разрешается последними СанПиНами), 2 часа – обязательная внеурочная деятельность, плюс выполнение домашнего задания (на него отводится 3 часа, а дети порой засиживаются гораздо дольше).

Услышать разные точки зрения и выработать единую позицию – такую задачу ставят перед собой члены координационного совета бюро Отделения медицинских наук РАН и президиума Российской академии образования «Здоровье и образование детей, подростков и молодёжи». Регулярно встречаясь в рамках совета, они обсуждают междисциплинарные проблемы. На сей раз темой заседания, собравшего детских психиатров, педагогов, психологов, гигиенистов, социологов, стало психическое здоровье обучающихся. И это не случайно, ведь ситуацию можно рассматривать как критическую. По данным НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков, психическими расстройствами, требующими лечения, страдают 10-13% школь-

ников. У 50-60% подростков регистрируются невротические расстройства (головные боли, нарушения сна, эпизоды раздражительности). Россия занимает одно из ведущих мест в Европе по подростковым суицидам.

Как отметил директор института член-корреспондент РАН Владислав Кучма, исследование поведения детей, опасного для здоровья, показывает: только 24% мальчиков и 29% девочек говорят, что им школа нравится, 28 и 27% соответственно ощущают школьную нагрузку как тяжёлую. Лишь 61% детей считают, что их одноклассники добры к ним. Каждый пятый подросток указывает на то, что его обижали в школе не менее двух раз в месяц. Всё это говорит о неблагополучии психического состояния.

Деловые встречи

Нужно учиться плавать

Или как обеспечить психическое благополучие детей



Во время заседания совета

Фото Валентины ЕВЛАНОВОЙ.

Такая нагрузка, а вернее сказать, страшная перегрузка приводит к перенапряжению, которое ребёнок испытывает не вдруг, не от случая к случаю, а постоянно, что даёт аккумулирующий эффект. И не стоит удивляться резкому ухудшению состояния здоровья.

Ещё одна причина – поведение учителя. Как сказала М.Безруких, то, что позволяет себе сегодня учитель в школе, вызывает большую тревогу. Один из интернет-порталов собрал письма родителей младших школьников о том, как прошёл учебный год. В них – стенания и страдания, испытываемые родителями и детьми от взаимодействия с педагогом. По мнению М.Безруких, никакими оправданиями малых зарплат, снижением престижа профессии это объяснить невозможно.

– Я считаю, что учителя не знают возрастные особенности детей, они плохо подготовлены, – утверждает она. – Педагогов учат так, как это было 50 лет назад. Более того, цикл естественно-научных знаний, возрастной физиологии, школьной гигиены сократился до минимума. И в том, вероятно, не столько вина педагогов, сколько беда общества, что мы готовим некачественных специалистов.

Некорректное отношение к детям, насилие, жестокость се-

годня довольно-таки широко представлены во многих сферах жизни, в том числе и школьной. Среди педагогов насилием считается, когда по голове стукнули или когда за шиворот из класса вытолкнули. А речевая атака, унижение учащегося – разве не насилие? За примерами далеко ходить не надо.

– Несколько лет назад ко мне привели ребёнка с тяжелейшим неврозом, – рассказала М.Безруких. – Мама не понимала, что происходит. Девочка хорошо училась, но очень боялась, что не сдаст экзамен за 4-й класс английской спецшколы, и её не возьмут в 5-й. Учительница, по словам мамы и самой девочки, ничего особенного не говорила. Она ласковым тоном на каждом уроке, иезуитски спокойно произносила: «Я не вижу тебя в 5-м классе».

Новая проблема

Среди факторов риска нарушений психического здоровья и неблагополучия – интернет-зависимость.

Есть мнение, что аддикции химические (скажем, токсикомания) начинают перетекать в аддикции информационные. Уменьшается количество алкоголиков и наркоманов, но увеличивается количество интернет-, компью-

терозависимых. (Кстати, в Китае создано 300 центров по коррекции интернет- и компьютерной зависимости, её рассматривают как угрозу национальной безопасности). Психологическая безопасность детей в Интернете – одна из новых проблем, требующих решения. По словам профессора Московского государственного университета им. М.В.Ломоносова члена-корреспондента РАО Галины Солдатовой, 76% детей проводят в Интернете в среднем 3 часа в сутки, то есть 1 месяц в год. Каждый седьмой ребёнок – 8 часов в сутки, это – 3,5 месяца в год. Цифра ужасает. Современные школьники воспринимают Интернет не как набор технологий, а как среду обитания, в частности ежедневно пользуются Интернетом 91% (в 2013 г. было 89%). Сегодня реально говорить о феномене «цифровое детство», что сопряжено с увеличением ряда интернет-рисков: контентных (использование различных материалов, которые содержат неэтичную, вредоносную информацию, пропагандирующую насилие, эротику и т.д.), коммуникационных (они связаны с межличностными отношениями, с общением, включают в себя, в том числе, и незаконные контакты), интернет-зависимости,

причём коммуникационные риски занимают первое место, причиняют ощутимый вред.

Интернет провоцирует на знакомства, обмен сексуальными сообщениями. Нередкое явление в сетях – кибербуллинг (это травля, унижение, преследование тех, кто не может за себя постоять).

– По нашим исследованиям, каждый пятый ребёнок был жертвой буллинга, а каждый четвёртый сказал, что был агрессором, и в общем этим гордится, – отметила Г.Солдатова. – Кибербуллингу нельзя противостоять в одиночку. И что опасно, дети почти всегда скрывают травлю. Я считаю, мы очень нуждаемся в государственной программе антибуллинга.

Причины чрезмерной увлечённости Интернетом разные, они связаны с вопросами психологического неблагополучия, социальной изоляцией, недостатком контроля со стороны взрослых, проблемами со здоровьем и развитием и т.д.

Серия принятых недавно законов, направленных на то, чтобы защитить детей от негативного контента, как выразилась Г.Солдатова, почистили Интернет. Но онлайн-риски эволюционируют, обретают новые формы, и проблемы остаются прежними.

Наиболее травмирующий – ненавистнический, агрессивный контент, далее идут способы чрезмерного похудения, наркотики, способы совершения самоубийств. Из перечисленного с чем-нибудь сталкивался каждый второй ребёнок и продолжает сталкиваться до сих пор, несмотря на чистку. Понятно, что негативная информация очень сильно влияет на ребёнка, навязывая новые образцы опасного поведения, формируя искажённое представление о мире, приводя к девальвации традиционных ценностей и т.д.

Прискорбно, но формальным закрытием вредоносных сайтов (например, смертельных игр) их деятельность не заканчивается. Возникают новые группы смерти, где то же самое, что было в предыдущей. (Существует такая схема, если группа закрывается, её участников сразу же всем списком перенесут в новую группу).

– Картина тревожащая, но идти по пути запретов, наверное, не стоит. Надо формировать цифровую грамотность, готовить детей к жизни в информационном обществе, – полагает Г.Солдатова. – Если в 2010 г. для учёбы Интернет использовали только 30% детей, то в 2015-м – 80%. А с января нынешнего года введено и во все обязательное использование электронных учебников. Учащиеся работают с компьютером в школе и дома. Безусловно, самый безопасный корабль – корабль, вытасненный на берег. Но если он будет валяться на берегу вверх килем, на нём никто никогда не откроет Америку. Нужно учиться плавать. Необходимо проводить систематический мониторинг эволюции онлайн-рисков, информировать об онлайн-угрозах подростков, проводить информационно-просветительскую работу среди родителей и педагогов.

По словам Г.Солдатовой, цифровую компетентность следует рассматривать как важнейший навык XXI века и как основу безопасности в информационном обществе, её повышению в школе должно уделяться специальное внимание наравне с умением считать и литературной грамотностью.

Зри в корень

Заккрытие сайтов – это бессмысленная реакция, направля-

ющая проблему только в одно русло, считает М.Безруких. Сайты запретили, их создателей правоохранительные органы привлекли к ответственности, и кажется, что сделано всё для того, чтобы проблему решить. На самом деле это айсберг.

– Мы должны понимать причины и снижать риски. В интернет-сообщества приходят те, кого школа, родители, общество туда толкнули, – говорит она. – Нужно просвещение родителей, обучение педагогов, психологов, медиков. Мы знаем, как несдан-

няя, то есть первичную психопрофилактику, сохранение и укрепление здоровья. У нас это практически не выполняется. Сейчас объединяют школы, первыми сокращают психологов. Тогда как очень нужна надёжная, эффективно работающая служба психолого-педагогической помощи, психолого-педагогического сопровождения.

Несколько лучше обстоят дела по выявлению ранних признаков заболевания с целью предупреждения развития его тяжёлых проявлений (вторичная психо-



Часто родители «проблемных» детей обращаются к психиатру в последний момент...

ный экзамен становится последней каплей для самоубийства. И таких случаев немало. Никто не решает сегодня проблему пограничных нарушений психического здоровья. Неврозоподобные расстройства остаются бедой и головной болью родителей. Хватит молчать, потому что ситуация выходит из берегов. Суициды, погружение в Интернет – это результирующее последствие того, что мы неправильно взаимодействуем с ребёнком, не видим первичные признаки его неблагополучия и дискомфорта. Родители зачастую говорят: «Ты обязан. Мало ли какой учитель». Мы должны стать на сторону ребёнка и сделать всё для того, чтобы квалифицированный педагог наконец пришёл в школу, а квалифицированный психолог научился помогать и учителю, и ребёнку, и родителям. К сожалению, их сейчас днём с огнём не сыскать. Думаю, решением нашего высокого собрания должно быть обращение в правительство, к министрам образования и здравоохранения. Успокаиваться тем, что состояние здоровья детей улучшается, означает, что мы не хотим видеть реальную ситуацию, убаюкиваем себя.

Психопрофилактика: кому и как её вести

Разброс литературных данных по распространённости психических расстройств у подростков в России – от 0 до 140%. Возникают сложности и с установлением диагноза, и с оценкой состояния.

– Требуется разработка национальной систематики психических расстройств на основе нозологического подхода, подчёркивалось на заседании Координационного совета.

По словам В.Чубаровского, если ребёнок жалуется на головную боль, это не значит, что он болен. Это – переходное состояние. Распространённость психической патологии, синдромальных состояний составляет 10-13%. Всё остальное в подростковом возрасте – предболезненные нарушения. Во всём мире усилия направлены на предупреждение заболева-

ния. А вот третичная (психопрофилактика) налажена хорошо, когда работают уже с очерченными нозологическими формами. Нет проблем в лечении аутизма, органических поражений. Но они не составляют большинства нуждающихся в помощи.

– Когда речь заходит о профилактике и подготовке кадров, мы должны ориентироваться на реальные показатели, которые могут быть получены только в результате исследований, – считает В.Чубаровский.

– Все говорят: «Дети сегодня другие». Какие «другие»? Популяционных исследований психологического, физиологического и социального развития подрастающего поколения в стране нет. Они не проводятся последние 50 лет. Если мы не знаем, какие дети, как мы можем планировать работу по профилактике? – справедливо заметила М.Безруких.

Не разработана правовая база и оказания специализированной психиатрической помощи детям групп риска.

– Мы связаны по рукам и ногам законом о психиатрической помощи и гарантии прав граждан, не можем проконсультировать ребёнка без согласия родителей или его законных представителей, – говорят детские психиатры.

Отсутствуют алгоритмы межведомственного взаимодействия. Члены координационного совета считают необходимым определение единой организационной координирующей структуры на федеральном, региональном, местном уровне; восстановление врачебных специальностей «детская и подростковая психиатрия», «детская и подростковая психотерапия» (сейчас детям оказывают помощь взрослые психиатры); включение в программы последипломного образования врачей общей практики, педагогов, психологов, социальных работников вопросов, касающихся детской и подростковой психиатрии, наркологии, психопрофилактики.

Валентина ЕВЛАНОВА,
корр. «МГ».

Начеку

Такая коварная бета-активность...

Тем не менее радиационный фон на территории Прииртышья в пределах нормы

«Радиация может подстергать нас повсюду: в воздухе и воде, в почве и продуктах, дома и в поликлинике... Заставить «фонить» окружающую среду способны как природные источники, так и рукотворные объекты. В Прииртышье радиационная обстановка остаётся стабильной и удовлетворительной» – такой вердикт вынесли специалисты регионального Управления Роспотребнадзора, проанализировав итоги радиационно-гигиенической паспортизации подведомственной территории, проводившейся недавно. В управлении также подчеркнули, что в Омской области «отсутствуют объекты с повышенной потенциальной радиационной опасностью».

В ходе мониторинга радиоизлучений использовались результаты исследований внешней среды нескольких крупных лабораторий. В частности, Центра гигиены и эпидемиологии в Омской области, Обь-Иртышское УГМС, Омского референтного центра Россельхознадзора, а также региональные банки данных по дозам облучения персонала, пациентов, населения и лиц, подвергшихся радиационному воздействию. Кроме того, скрупулёзно изучались радиационно-гигиенические паспорта 300 организаций, работающих с источниками ионизирующего излучения (ИИИ). Среди них, к примеру, объекты ФСИН, МВД, ФМБА, Минобороны России, ОАО «РЖД» и ряд других.

Судя по полученным данным, обнародованным на днях, превышений основных дозовых пределов у лиц, работающих с фонирующими источниками, на территории области не зарегистрировано. Средняя индивидуальная доза облучения от всех источников в прошлом году на одного жителя Прииртышья составила 4,08 мЗв, что ненамного отличается от среднероссийского показателя.

Анализируя структуру ИИИ, эксперты пришли к выводу, что по-прежнему наибольший «вклад» в облучение населения области вносят природные источники – 84,55%, на долю медицинских исследований приходится 15,3%, мизерную долю в «свечении» занимают остальные предприятия (0,15%). По данным многолетних наблюдений, природный радиационный фон в Омской области составляет в среднем 0,12-0,15 мкЗв/ч. Суммарная

бета-активность радиоактивных веществ в атмосферном воздухе ниже допустимой для населения, не выявлено также гигиенически значимого радиоактивного загрязнения почвы.

За отчётный период по показателям радиационной безопасности было обследовано 15,6% источников централизованного водоснабжения Омской области, в миллионном мегаполисе Омске – 100%. Превышений уровней вмешательства для населения по НРБ-99/2009 не зарегистрировано. Превышений гигиенических нормативов дозы гамма-излучения и содержания радона в зданиях жилого и общественного назначения во всех сельских районах и областном центре не зарегистрировано. Кстати, всеми аккредитованными лабораториями на территории региона было проведено 1990 исследований пищевых продуктов в рамках сертификационных испытаний. И здесь превышений нормативов также не выявлено.

Пристальное внимание специалисты обращали на строительные материалы. В частности, было исследовано 63 пробы строительных материалов местного производства и завезённых из других регионов. Все исследованные пробы были отнесены к I классу с эффективной удельной активностью менее 370 Бк/кг, что является основанием для их применения при возведении любых зданий жилого и общественного назначения.

Что же касается «свечений» от объектов в сфере здравоохранения, то, как сообщили в Роспотребнадзоре по Омской области, с 2012 г. наблюдается тенденция к увеличению общего количества

процедур и коллективной дозы облучения населения от медицинских источников. Увеличение облучения от медицинских ИИИ связано с увеличением удельного веса высокотехнологичных методов исследований, в частности, компьютерной томографии. Средняя доза радиации от медтехники на одного жителя Прииртышья составила 0,62 мЗв, что незначительно превышает средние показатели по стране. Наибольший «вклад» в коллективную дозу по-прежнему вносят компьютерная томография – 25%, флюорография – 13,6%. Однако, несмотря на увеличение количества «излучающей» диагностической аппаратуры, численность персонала, работающего с ИИИ, практически не изменилась – 1920 человек. Средняя индивидуальная доза среди этих работников составила 1,36 мЗв/год, что вполне в пределах нормы.

Радиационных аварий, повлёкших за собой повышенное облучение населения и персонала, а также радиоактивного загрязнения объектов окружающей среды, не было зарегистрировано. Тем не менее уже в текущем году Управлением Роспотребнадзора по Омской области применены меры административного воздействия к 10 юридическим лицам, представившим недостоверную информацию о радиационной обстановке в надзорные органы, а также отчёты с нарушением регламентированных сроков. Почему в «резюме» к радиационно-гигиеническому паспорту территории главный государственный санитарный врач по Омской области Александр Крига дал органам исполнительной власти, юридическим и физическим лицам региона, владеющим ИИИ, рекомендации по оптимизации работы, направленной на обеспечение радиационной безопасности населения области.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

Санитарная зона

«Тихая охота» должна быть безопасной

С началом лета в России начали регистрироваться первые случаи пищевых отравлений, связанные с употреблением лесных даров, констатирует Роспотребнадзор.

Ведомство в постоянном режиме осуществляет контроль за грибами, находящимися в реализации, их безопасностью и мерами профилактики отравлений. Только в I квартале 2016 г. по санитарно-

химическим, микробиологическим и физико-химическим показателям было исследовано около 220 проб. Удельный вес проб, не соответствующих гигиеническим нормативам по содержанию химических загрязнителей, составил 1,6%. Снято с реализации около 200 кг грибов, из них 68 кг импортной продукции.

Тяжелее всего отравление переносит люди с ослабленным здоровьем и дети. Роспотребнадзор напоминает, что нельзя

покупать сушёные, солёные, маринованные и консервированные грибы у случайных лиц и в местах несанкционированной торговли. На рынках и ярмарках грибы непромышленного производства допускаются к продаже только после проведения экспертизы, которая осуществляется для контроля качества поступающих в продажу продуктов.

Иван ВЕТЛУТИН,
МИА Сити!

«Победитель над артериальной гипертонией» – такой надписью снабжена символическая медаль, которую президент Российского медицинского общества по артериальной гипертонии И.Чазова получила от Московского отделения РМОАГ на симпозиуме, посвящённом данному недугу, в рамках XXIII Национального конгресса «Человек и лекарство».

– Я нахожусь в сложном положении, потому что если мне дали медаль за победу над АГ, то, значит, её уже нет, и смысл нашего симпозиума пропадает, – ответствовала Ирина Евгеньевна. – Но, конечно, проблема АГ далека от разрешения, и мы с вами призваны неустанно искать пути эффективной борьбы с нею.

Несколько слов о комбинированной терапии

«Победа любит подготовку. Место комбинированной терапии в современных рекомендациях» – так назывался доклад главного кардиолога Минздрава России на симпозиуме в рамках конгресса.

Заседание началось с опроса аудитории, состоящей в большей части из врачей-кардиологов, используют ли они в своей работе клинические рекомендации. И ответ порадовал организаторов – утвердительно ответили 100%. А вот какие комбинации препаратов – свободные или фиксированные – назначаются чаще, в этом вопросе аудитория разделилась ровно пополам.

– Нам кажется, что комбинированная терапия – это что-то инновационное, придуманное совершенно недавно, но на самом деле это не так, – пояснила И.Чазова. – Потому что в 60-е годы уже наши старшие коллеги, наши родители, использовали фиксированную комбинацию резерпина, гидролазина и гидрохлортиазида. Этот препарат был очень эффективным средством, до сих пор продаётся в аптеках, и некоторые пациенты, как ни странно, его применяют. Ещё одна фиксированная комбинация, очень популярная в 60-е годы, – альфаметилдопа и гидрохлортиазид. Эти комбинации произвели революцию, сравнимую с продвижением препаратов, влияющих на ренин-ангиотензиновую систему, в более поздние годы.

Но в 70-е годы появились новые комбинации, которые содержали диуретики в высокой дозе, бета-адреноблокаторы или препараты центрального действия. Конечно, такие комбинации очень плохо переносились, возникли побочные эффекты. И тогда, к сожалению, вместе с водой выплеснули ребёнка.

В 80-е годы нам, студентам медицинских вузов, запрещали назначать несколько препаратов для лечения больных с АГ. Это называлось «полипрагмазия». Рекомендовали применять один препарат, титруя его до максимальных доз. Тоже не очень эффективная схема терапии. И в 90-е мы опять вернулись к необходимости комбинированной терапии у больных с АГ.

2000 г. – это уже начало более активного внедрения в клиническую практику фиксированных комбинаций.

Из истории клинических рекомендаций

Проследим, что же говорилось о комбинированной терапии вообще и как трансформировалось применение фиксированных



кодозовая иммунная терапия тогда рекомендовалась всем пациентам с невысоким повышением АД либо лицам с низким и умеренным риском сердечно-сосудистых осложнений. А комбинация из двух препаратов назначалась, если риск был высокий или очень высокий либо имелось серьёзное повышение АД. В остальных рекомендациях

Эффективность и безопасность прежде всего

– Надо помнить, что не все комбинации могут быть эффективны и безопасны, – предупреждает главный специалист Минздрава России. – И в связи с этим в наших национальных рекомендациях приводятся рациональные комбинации ЛС. Это те комбинации, в которых лекарственные средства и потенцируют антигипертензивный эффект друг друга и нивелируют побочные эффекты, которые могут возникнуть в ходе лечения.

Рациональными, или эффективными комбинациями считаются сочетание ингибиторов АПФ и диуретика, сартана и диуретика,

мер, как ингибитор АПФ, сартан или прямой ингибитор ренина.

Удобство фиксированных комбинаций

Когда речь идёт о комбинированной терапии и о национальных или европейских рекомендациях, нельзя не упомянуть фиксированные комбинации антигипертензивных препаратов.

– В документе от 2013 г. наших европейских коллег поощряется применение комбинаций из фиксированных доз двух антигипертензивных препаратов в одной таблетке, так как уменьшение числа таблеток, которые ежедневно должен принимать пациент, повышает приверженность к лечению, которая при АГ, к сожалению, низкая, и улучшает

Итоги и прогнозы

Медаль за победу над АГ

Необычную награду за борьбу с артериальной гипертонией коллеги вручили главному кардиологу Минздрава России Ирине Чазовой

комбинаций в клинических рекомендациях по лечению пациентов с АГ от выпуска к выпуску.

По словам главного кардиолога Минздрава России, в первом их варианте, выпущенном в 2001 г., было очень скромно написано, что рекомендуется использовать эффективные комбинации низких и средних доз антигипертензивных препаратов с целью максимального снижения АД и хорошей переносимости. При недостаточной эффективности первого препарата рекомендовалось добавление малой дозы второго препарата, и это считалось более выгодным, чем повышение дозировки исходного. И сказалося на перспективности использования комбинаций препаратов в низкой дозе.

Вторая версия национальных рекомендаций вышла в 2004 г. В них появилась таблица, которая давала врачам ориентир, как лечить больных с АГ. Два препарата в малых дозах как старт терапии уже законодательно были альтернативой низкодозовой иммунотерапии. И врач сам решал на основании своего опыта или каких-то иных предпочтений, как лечить того или иного пациента – начинать с одного препарата или с нескольких доз двух препаратов. В первом случае при неэффективности возможно было увеличить дозу исходного препарата либо перейти к другому ЛС и потом прибегать к комбинированной терапии. Во втором случае далее либо увеличивались дозы препаратов, входящих в комбинацию, либо добавлялся третий препарат.

Следующая, третья версия национальных рекомендаций по диагностике и лечению АГ вышла в 2008 г. И здесь врачам уже были даны ориентиры, в каких случаях назначать один препарат на старте лечения, а в каких начинать с комбинированной терапии двух препаратов. Низ-

были прежними: при низкодозовой иммунотерапии можно было в дальнейшем увеличить дозу препарата или перейти на другое лекарственное средство и в последующем, возможно, назначать комбинированную терапию. Если же комбинация была первым этапом, то в дальнейшем, при её неэффективности, можно было увеличить дозировку препаратов, входящих в комбинированную терапию либо добавлять третий препарат.

Прошло совсем немного времени, и в 2010 г. из привычной таблицы исчезли уровни артериального давления, и врачам рекомендовалось назначать комбинированную терапию двумя препаратами всем лицам независимо от уровня АД, но при условии, что они имеют высокий и очень высокий риск сердечно-сосудистых осложнений. И лишь больным с низким и средним риском возможно было рекомендовать монотерапию на первом этапе лечения.

Последняя на сегодняшний день версия национальных рекомендаций – 2013 г. В ней появилась одна дополнительная линия от одного препарата к комбинации из двух препаратов, но она значимо повысила роль комбинированной терапии в представлении о рациональном лечении больных с АГ. Теперь даже если больной имеет низкий и средний риск сердечно-сосудистых осложнений, то при неэффективности одного препарата, который назначался на первом этапе лечения, можно не проходить сложные пути увеличения его дозировки либо смены на другое ЛС, а сразу переходить к комбинированной терапии из двух препаратов.

– Мы видим, как за какие-то 15 лет на наших глазах значимость комбинированной терапии лечения больных с АГ в нашей клинической практике очень и очень возросла, – подытожила Ирина Евгеньевна.

ингибиторов АПФ и антагониста кальция, сартана и антагониста кальция, дигидропиридинового антагониста кальция и бета-адреноблокатора, антагониста кальция и диуретика, бета-адреноблокатора и диуретика.

– Есть ещё такое понятие, как «возможная комбинация препаратов», – акцентирует И.Чазова. – Эти комбинации не отвечают в полной мере всем требованиям, предъявляемым к эффективным, или рациональным комбинациям, но в ряде клинических ситуаций, при сочетанных патологиях они могут быть эффективными и помогают в лечении больных с АГ. Это сочетание дигидропиридинового и недигидропиридинового антагонистов кальция, чаще всего это комбинация назначается у больных с нарушениями сердечного ритма. Комбинация ингибиторов АПФ или сартана с бета-адреноблокаторами подходит лицам с сердечной недостаточностью.

Не надо забывать, обращает внимание коллег И.Чазова, что комбинации могут быть и нерациональными. Это случаи, когда на фоне данной комбинации не происходит потенцирования антигипертензивного эффекта при совместном назначении двух препаратов и в то же время усиливаются побочные эффекты.

– Хочу обратить ваше внимание на те комбинации, которые не нужно использовать в повседневной практике, – говорит она. – Это сочетание разных ЛС, которые относятся к одному классу антигипертензивных препаратов, сочетание бета-адреноблокатора и недигидропиридинового антагониста кальция, ингибитора АПФ и калийсберегающего диуретика, бета-адреноблокатора и препарата центрального действия.

И ещё очень важно: к сожалению, появились новые комбинации, которые мы не рекомендуем назначать. Это сочетание двух разных блокаторов, таких, напри-

контроль АД, – говорит И.Чазова. – Фиксированные комбинации имеют целый ряд преимуществ перед свободными комбинациями монотерапии. Это простота назначения и титрования дозы, повышение приверженности пациента к лечению, потенцирование антигипертензивного эффекта, увеличение процента пациентов, отвечающих на терапию, уменьшение количества побочных эффектов, снижение стоимости лечения, что очень для нас важно. И немаловажный факт – это исключение возможности нерациональных комбинаций.

А что на практике?

И.Чазова привела последние данные исследований, которые свидетельствуют, что осведомлённость об АГ среди мужчин составляет 67% от всего числа больных гипертонией, среди женщин – 78%. Принимают антигипертензивные препараты только 39 и 61% соответственно. Эффективность лечения ещё меньше – 41 и 53%.

Контроль АД – показатель соотношения всех лиц, имеющих повышенный уровень АД, к числу лиц, которые контролируют своё АД, неприлично мал, считает она: 14% у мужчин и 30% у женщин.

– Можно много говорить о причинах такого неудовлетворительного эффекта от лечения больных с АГ, но, наверное, одна из них – это то, что ещё мало практикуются комбинированные препараты и фиксированные комбинации. Более 50% больных с АГ получают только один препарат, 35% – два и всего 11% – три и более лекарственных средств, – сетует главный специалист. – Очевидно, что мы не очень активно лечим больных с АГ, и в этом проблема плохого контроля АД и, соответственно, причина сохраняющейся высокой сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности.

Ирина АЛЕКСЕЕВА,
корр. «МГ».

Москва.

Взгляд

Молекулярная концепция

Вечно юную супругу Юпитера римляне звали Юнона (Juno). Её именем обозначили протеиновый рецептор на поверхности яйцеклетки, который рецептирует Izumo, после чего комплекс двух белков «утаскивается» внутрь яйцеклетки, что лежит в основе концепции оплодотворения. Белок головки спермия назван по имени расположенного к северу от Хиросимы города Изумо, в котором находится храм семейного божества ками. Замыканию связи Juno и Izumo помогает фолиевая кислота – витамин B₉. «Исчезновение» рецептора Juno с поверхности яйцеклеток объясняет известный факт, что оплодотворение в подавляющем числе случаев возможно только одним спермием вследствие барьера полиспермии.

Nature опубликовал «молекулярную архитектуру» сразу обоих протеинов зачатия, комплексование которых обеспечивает фертильность, то есть соединение мужских и женских гамет – половых клеток – как мужчин, так и женщин. Сотрудники университетов Торонто и Калифорнийского в Сан-Диего показали, что мужской протеин локализуется на экваторе акросомы спермия, то есть небольшого тельца на «вершине» головки сперматозоида. Выключение генов обоих белков приводит к тому, что мыши оказываются бесплодными, а комплексование их «промотирует» слияние оболочек двух гамет и эндцитоз головки спермия в яйцеклетку.

В «спокойном» состоянии мужской протеин – пучок его альфа-спиралей – имеет изогнутую форму бумеранга, однако соединение его с Juno приводит к выпрямлению (изменению конформации), которое необходимо для прочного соединения двух белков, что нужно для совершения механической работы. Авторы полагают, что им удалось раскрыть молекулярную основу распознавания гамет, по-

сле чего, говоря военным языком, происходит «захват» цели – target acquiring – и уведение её в яйцеклетку, за чем следует истинное оплодотворение, или соединение геномов двух клеток.

Выявление протеинового контакта как основы будущего объединения геномов открывает перспективы разработки и создания негормональных контрацептивов, а также возможных терапий бесплодия у человека и животных (чтобы каждый бык и баран становились племенными производителями). Важно также и то, что новая работа пополнила банк динамичных контактов молекулярного уровня, которые важны для понимания протеиновых взаимодействий, без чего невозможно создание эффективных лекарств для лечения разных патологий. Контакты важны также и для более успешного развития клеточных терапий, в основе которых лежат «управление» и репрограммирование как стволовых клеток, так и клеток взрослого организма.

Иван ЛАРИН.

По материалам Nature.

Дословно

Что наша жизнь? Игра!

Новое исследование, проведённое специалистами из Канады, показало, что для реабилитации пациентов, у которых после инсульта плохо двигаются руки, можно использовать как игровые консоли, так и настольные игры – карты, дженгу и др. По словам авторов научной работы, не имеет значения, во что играет человек, главное – чтобы нагрузка была повторяющейся, интенсивной и заставляла кисти рук и руки в целом двигаться.

Изначально учёные задались целью определить, имеют ли компьютерные игры, которые становятся всё более и более популярными при реабилитации, преимущество перед более традиционными развлечениями в плане развития моторных навыков конечностей. В исследовании участвовали перенёвшие инсульт больные общим количеством 141 человек. У всех пациентов были проблемы с одной или обеими руками после болезни. Людей случайным образом разделили на две примерно равные группы, члены одной из которых регулярно по часу играли в игровую компьютерную приставку, а второй – в карты. Всё это время пациенты продолжали также лечиться по стандартной схеме, то есть игры были только дополнением.

Через 2 недели исследователи

отметили значительное улучшение моторной функции рук у обеих групп. Через 6 недель от обследования показали, что больные действуют руками ещё лучше. Результаты были примерно одинаковыми и у тех, кто проводил время в виртуальной реальности, и у тех, кто играл в настольные игры. Учёные отмечают, что нет точной информации, что послужило основой для такого прогресса – стандартная терапия или игры, но другие исследования, отмечают они, подтверждают, что чем больше разнообразных видов терапии используется, тем быстрее человек восстановится.

Доктор Густаво Сапосник из госпиталя Св. Михаила (Канада) прокомментировал: «Мы все любим технологии и все думаем, что новое лучше старого, но иногда это не так. Это исследование показало, что простые вещи, которые можно делать где угодно, так же эффективны, как высокотехнологичные нововведения».

Алексис Вирони из Британской ассоциации по борьбе с инсультами добавила, что результаты исследования обнадеживают, так как показывают, что доступные для всех и не требующие больших затрат действия могут помочь больным в реабилитации.

Ян РИЦКИЙ.

По информации ВВС.

МЕДФАРМ

Производственно-коммерческая фирма

Специалистами предприятия ООО «ПКФ «Медфарм» разработана и предлагается к внедрению инновационная технология управления медицинскими отходами на базе многослойных картонных контейнеров серии ОМОПАК® с использованием процедуры конвертации медицинских отходов методом паровой и воздушной стерилизации.

Как показали результаты медико-биологических испытаний и опыт практического применения, новая технология управления отходами даёт: экономический эффект за счет стоимости контейнеров и снижения затрат на утилизацию отходов; экологический эффект за счет снижения уровня

выброса вредных веществ в атмосферу и почву: снижение загрязнения окружающей среды за счет использования биоразлагаемых контейнеров; повышение уровня борьбы с распространением внутрибольничной инфекции путем использования стерильного метода сбора медицинских отходов.

Экономический эффект от внедрения новой технологии конвертации медицинских отходов для среднего лечебного учреждения на 600-800 койкомест в год может составить от 1,5 до 2 млн руб. и выше. Необходимые денежные вложения для внедрения новой технологии окупаются за полгода, что свидетельствует о её высокой рентабельности.

Предлагаемые к применению изделия серии ОМОПАК® гармонично сочетаются с существующими технологиями переработки и обеззараживания медицинских отходов. Например, на используемых в России установках «Ньюстер» снижаются затраты на ремонт, уменьшается неприятный запах за счёт абсорбции газов целлюлозой.

Сырьём для производства контейнеров серии ОМОПАК® служат отходы бумаги и упаковки, что даёт возможность применения рециклинга отходов ЛПУ.

Внедрение новой технологии и переход на инновационные изделия серии ОМОПАК® помогут сократить затраты на управление медицинскими отходами и сэкономить бюджетные средства.



620017 г. Екатеринбург, пер. Калиновский, д.5,
тел./факс: (343) 333-56-94, 333-56-93, 333-56-97, 333-56-98, 333-56-99
e-mail: info@medfarm-ural.ru, http://www.medfarm-ural.ru

Исследования

Толерантность и редактирование

Геном, как установили сотрудники Университета штата Вашингтон в Сиэтле, продолжает «жить», проявляя свою активность на протяжении как минимум 2 суток с момента... смерти.

Они опубликовали данные мониторинга 1000 генов аквариумных рыбок (zebrafish) и крыс на протяжении 4 дней после их смерти. Оказалось, что активность нескольких сотен генов увеличилась, достигая максимума в первые сутки. У рыбок гены функционировали на протяжении 4 дней, что подчёркивает их значимость в экстремальных условиях: гены «всплеска» иммунных реакций и воспаления, а также противодействия различным стрессам. Наибольшее удивление авторов вызвало «оживление» генов развития, возможно связанное с отключением тканей и органов от снабжения кислородом, что соответствует условиям эмбрионального и внутриутробного развития.

В условиях кислородного голодания пребывают и клетки опухоли, стимулирующих своими протеинами рост сосудов (ангиогенез) и их имитацию в виде опухолевых «каналов», не имеющих сосудистого строения, и в то же время прокачивающих кровь. Несмотря на это, раковая клетка постоянно пребывает в условиях голодного стресса, вынуждающего её буквально срывать с места – метастазировать – в поисках «лучшей доли». Более века при этом учёных мучил вопрос, как отравившиеся от опухоли клетки, лишённые питания, не погибают в кровотоке и по «прибытии» в другие ткани. Вопрос, похоже, удалось решить учёным Лондонского университета королевы Марии, которые пару лет назад возложили «ответственность» за это на ген Met, мутации которого вызывают переход мезенхимальных клеток в эпителиальные,

откуда и сокращённое название (первые относятся к эмбриональным, а из вторых возникает рак). Met кодирует белковый рецептор протеина с функцией ростового фактора печёночных клеток (гепатоцитов – HGF). В новой работе лондонцы увязали Met с молекулами белка интегрин, без которого невозможна интеграция клеток, образующих ткани. В Куин-Мэри показали, что метастазы рака молочных желёз и лёгких резко пошли на убыль у животных после блокирования комплекса Met-интегрин. В нормальной клетке он необходим для предупреждения клеточной смерти. Авторы полагают, что им удалось найти ещё одну мишень воздействия будущих противораковых средств, действие которых блокирует поступление Met-интегринового комплекса в опухолевые клетки. Они могут оказаться полезными и для предупреждения воспаления, которое сопровождается бурным размножением иммунных клеток (воспаление, как известно, является «предтечей» ракового перерождения).

В норме те же Т-лимфоциты вполне толерантны к клеткам собственного организма. Но в результате отклонений в цепочке ДНК-РНК-белок Т-хелперы (в первую очередь поражаемыми ВИЧ) начинают «науськивать» цитотоксические лимфоциты (CTL) и натуральных киллеров (NK) на те же бета-клетки поджелудочной железы, что ведёт к аутоиммунному диабету 1-го типа, аллергиям и ревматизму. В университетах испанской Севильи и Гарварде создали толерогенные наночастицы, введение которых подавляет аномальную активность воспалительных Т-клеток, повышая при этом число «спокойных» регуляторных (Treg). При этом резко снизилось и количество цитокинов, или белков, подхлещивающих клеточную кинетику, связанную с воспалительным

процессом. Учёные считают, что с помощью их наночастиц можно будет бороться не только с инсулиновым диабетом, но и другими аутоиммунными расстройствами.

Т-хелперы, как известно, являются «промоутерами» не только CTL и NK, поскольку они стимулируют и В-лимфоциты, синтезирующие антитела, которые, к сожалению, не могут справиться с раковыми клетками. Помочь борьбе с опухолями призваны молекулярные «химеры» белковых рецепторов Т-лимфоцитов (CART). Последние обладают более широким спектром «захвата» молекулярных целей, одной из которых является белок апоптоза. Запрограммированная клеточная смерть случается, в частности, у эякулированных спермиев с их мужской Y-хромосомой. Именно в них был более 10 лет назад открыт белок NY (Normal Y), мутации которого затем были выявлены при раках молочной железы, простаты и тестикулов и др.

Журнал New Scientist сообщил, что в США было получено разрешение Национального института здоровья на проведение первых клинических испытаний метода ДНК-редактирования у людей. В отличие от ранее перечисленных методов оно подразумевает прямое воздействие на клеточный геном людей, страдающих меланомой и миеломой, а также саркомой, в Т-клетки которых с помощью генной модификации вносят ген рецептора NY. Новоброшенный рецептор, как надеются, поможет Т-лимфоцитам более активно высискать раковые клетки по всему организму, тем самым подводя их под действие иммунного надзора. Так что вскоре надо ждать сообщений о клиническом испытании и его результатах.

Игорь ЛАЛЯНЦ,
кандидат биологических наук.

По материалам Nature, Science.

Ракурс

А виноват ли Зика?

В апреле Центры по контролю и профилактике заболеваний США объявили, что вирус Зика является причиной рождения детей с микроцефалией в Бразилии. Однако, по мнению учёных из исследовательского института Великобритании New England Complex Systems Institute, причастность вируса к «эпидемии» рождения детей с микроцефалией остаётся спорной.

Несмотря на наличие комаров и значительное число случаев заражения вирусом Зика в Колумбии, по данным на 15 июня 2016 г., ВОЗ зарегистрировала всего 7 случаев микроцефалии, связанных с вирусом, по сравнению с более 1,5 тыс. подтверждённых случаев заболевания в Бразилии. Различие в численности населения (48 млн колумбийцев против 200 млн бразильцев) – не объяснение.

Случаи рождения детей с микроцефалией сконцентрированы в определённой части страны, частично в Пернамбуку с населением 9,3 млн человек.

Основным объяснением того, что число случаев рождения детей с микроцефалией в Колумбии невелико, является то, что там эпидемия началась позже, а заразившиеся женщины находились в первом или втором триместрах беременности. Тем не менее сроки беременности у 11 тыс. женщин уже вышли, и отсутствие частых случаев рождения младенцев с микроцефалией подвергает сомнению вывод, что причиной патологии является вирус Зика.

Частота случаев рождения детей с микроцефалией в отсутствие вспышки вируса Зика в Колумбии составляет 140 младенцев в год, что соответствует приблизительно 50 случаям микроцефалии в первые 4 ме-

сяца текущего года, только 4 из которых связаны с вирусом Зика.

Авторы исследования считают, что не существует никакой прямой связи между вирусом Зика и микроцефалией, кроме случайного сочетания двух заболеваний одновременно.

В качестве альтернативной причины микроцефалии в Бразилии учёные рассматривают влияние пестицида пирипроксифена, используемого для борьбы с личинками комаров, являющимися переносчиками вируса Зика. По мнению исследователей, пестицид, возможно, попадает в питьевую воду, перекрёстно взаимодействует с ретиновой кислотой, которая является известным фактором риска рождения ребёнка с микроцефалией, и это в совокупности, вероятно, приводит к микроцефалии.

Кирилл ОРЛОВ.

По информации Healthcare Republic.

Открытия, находки

«Хрящевая заплатка»

Учёные нашли замену биологическим чернилам для трёхмерной печати. С помощью них можно получить «хрящевые пластины», которые решат проблему изношенных суставов. Хрящевая ткань состоит из одного типа клеток и не имеет кровеносных сосудов, поэтому она удобна для печати. Кстати, данная ткань не может самостоятельно восстанавливаться. Поэтому подобные технологии биопечати критически необходимы.

Ранее предпринимавшиеся попытки вырастить хрящ начинались с клеток, внедрённых в гидрогель (это полимерные цепи и 90% воды), выступающий в качестве каркаса для растущей ткани. Но гидрогель не даёт клеткам нормально расти – они не могут «общаться» друг с другом, как

это происходит в естественной среде. Плюс, разложение гидрогеля приводит к образованию токсичных соединений, опасных для процесса клеточного роста.

Новой технологии не требуется каркас. Делается микроскопическая трубка из альгината, экстракта водорослей. Далее в

трубку впрыскиваются клетки хрящевой ткани. Там они растут около недели и прирастают друг к другу. Так как клетки к альгинату не прилипают, их можно легко удалить из трубки. Получится нить хрящевой ткани. И такая нить – прекрасная замена био-чернилам. Их достаточно просто подпитать специальным раствором – и «хрящевая заплатка» готова. Причём по размерам нити, в принципе, не ограничены.

Игорь САВЕЛЬЕВ.

По информации Eureka Alert.

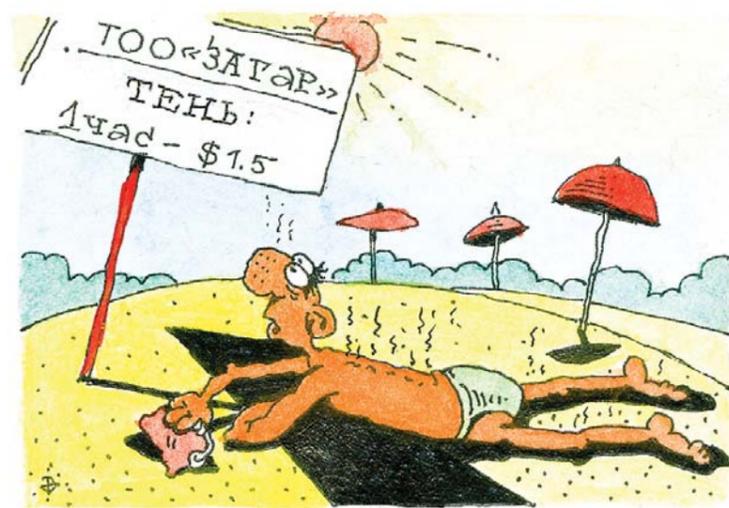
Осторожно!

С наступлением лета дневные температуры во Флориде начинают зашкаливать за 30°C, а местные пляжи снова полнятся обнажёнными донельзя телами обоего пола. Поэтому сообщение в «Майами Геральд» звучит более чем уместно и своевременно. И, возможно, поможет многим если не избежать, то отдалить попадание в госпиталь.

Не боясь обескуражить миллионы приезжающих в солнечный курортный штат для улучшения, в числе прочего, внешнего вида путём придания себе бронзового оттенка, газета приводит слова д-ра Майкла Джирарди, директора исследовательских программ в области дерматологии из Медицинской школы Йельского университета.

– По сути, загорание есть не что иное, как сознательное обугливание кожных покровов, то есть их умерщвление, – говорит он. – Причём бессмысленно. Поскольку загар любой степени, можно сказать, та же короста или омертвевшая ткань. Она неминуемо отпадёт, вернув цвет кожи в данное от природы состояние. Подставляясь ультрафиолету, мы навязываем пигментным клеткам-меланоцитам усиленное производство меланина, что, в свою очередь, ускоряет увядание кожи. Хуже того, с определённой долей вероятности в ней могут накапливаться изменения канцерогенного свойства.

Защита доктора Джирарди



Впрочем, убеждать рьяных любителей жариться на солнце во вредности длительного и интенсивного воздействия радиации, предполагает Джирарди, наверное, бесполезно. Для сведущих же об этом в силе остаётся рекомендация по возможности беречься от неё и пользоваться разнообразными солнцезащитными средствами.

Закавыка в том, что некоторые из наиболее активных химических ингредиентов, входящих в состав

множества нынешних кремов, лосьонов, гелей и распыляемых эмульсий, как выяснилось, способны проникать сквозь кожу в кровеносную систему. Хотя риски этого ещё предстоит просчитать до конца, наличие необходимости уже сейчас разработать свободные от таких элементов средства, считает Джирарди. В сотрудничестве с коллегами-биоинженерами его группа занялась поиском альтернативной формулы ультрафиолетовой за-

Ситуация

Внезапная сердечная смерть чаще всего случается у людей 30-40 лет. В отличие от пожилых людей, которые нередко испытывают боль в груди, пациенты среднего возраста обычно ни на что не жалуются – заболевание уносит жизни вполне, казалось бы, здоровых людей.

до 35 лет, а среди молодых людей 16-20 лет было зарегистрировано наибольшее количество случаев, причины которых были не ясны.

Авторам также удалось показать, что почти у трети пациентов, у которых нарушения, способные спровоцировать внезапную сердечную смерть, отсутствовали,

Сердце, тебе не хочется покоя...

Австралийские учёные из Университета Сиднея провели исследование, в ходе которого они изучили около 500 случаев внезапной сердечной смерти, произошедших в период с 2010 по 2012 г. Оказалось, что большинство из них было связано с коронарной недостаточностью, наследственной кардиомиопатией, миокардитом и расслаивающей аневризмой аорты.

Крис Семсариан и его коллеги выяснили, что чаще всего люди умирали во время сна или отдыха. Больше количество случаев внезапной сердечной смерти случилось у людей в возрасте от 31

в геноме были обнаружены мутации, ассоциированные с этим заболеванием. Большинство из этих мутаций передавались по наследству, а это значит, что их присутствие можно обнаружить с помощью генетического скрининга.

На основании результатов такого скрининга врачи смогут более внимательно относиться к людям, попавшим в группу высокого риска. Им может быть заранее назначена необходимая терапия или даже установлены дефибрилляторы.

Марк ВИНТЕР.

По информации techtimes.com.

Профилактика

Чудо-ягода

Исследователи из Университета Флориды расспросили более 2 тыс. человек о пользе черники. Оказалось, большинство респондентов полагают, что ягода помогает предотвратить рак и сердечно-сосудистые заболевания.

На сегодняшний день известно: регулярное употребление в пищу черники может замедлить старение, улучшить зрение и память. По данным нового исследования, существуют различия в осведомлённости о пользе ягоды среди

разных групп. Так, люди с низким уровнем доходов знали меньше о полезных свойствах черники.

А сотрудники Иллинойского технологического института недавно установили: малина защищает от болезни Альцгеймера. Учёные обнаружили ряд доказательств того, что полифенолы, содержащиеся в малине, снижают уровень окислительного стресса, воспаления и повышают чувствительность к инсулину. Это замедляет процесс старения и уменьшает риск деменции.

Василий СЕВАСТЬЯНОВ.

По информации Deccan Chronicle.

щиты, при которой составляющие её компоненты оставались бы на поверхности кожи.

Обычно элементами, поглощающими ультрафиолет, являются молекулы органических веществ – в противоположность окислам металлов, которые напрочь блокируют солнечные лучи. Проведённые исследования на животных и клеточных культурах установили, что некоторые из таких молекул могут связываться с рецепторами гормонов. Отсюда следует опасность нарушений в эндокринной системе, посредством которой осуществляется гормональное регулирование репродуктивной и ряда других жизненно важных функций.

Сотрудники Джирарди, однако, научились облекать органические молекулы, содержащиеся в самых расхожих солнцезащитных средствах, в специальную оболочку из наночастиц. Они выполнены из особого биodeградирующего полимерного материала, который вместе с защитной начинкой задерживается на клетках кожи. Притягиваясь к ним, полимерные наночастицы остаются на поверхности даже влажного тела, а удаляются только при вытирании полотенцем.

В ходе экспериментов на жи-

вотных видоизменённая таким образом формула защищала их кожу от ультрафиолета столь же эффективно, как исходная, при этом исключая возможность проникновения отдельных компонентов вглубь организма.

Кеннет Крамер, ведущий дерматолог из Национального института по изучению рака, не скрывает впечатления от результатов работы, проделанной группой Джирарди: «Если они смогли свести на нет возможность заражения кровотока посторонними элементами, это безусловно большая удача».

Основанные на новой методике солнцезащитные фильтры ещё не скоро появятся в массовой продаже. Этим летом Джирарди планирует провести первое опробование их опытной партии, содержащей наночастицы в различной концентрации, с участием 25 человек. Длительный период сертификации последует за обширными клиническими испытаниями, на которые уже объявлен набор добровольцев из нескольких штатов, включая Флориду.

Том ЗАЙЦЕВ,
соб. корр. «МГ».

Майами.

В Москве в спортивном комплексе Московского государственного технического университета им. Н.Э.Баумана состоялся IV чемпионат Москвы по бадминтону среди сотрудников медицинских организаций столичного Департамента здравоохранения. Участниками турнира стали представители 19 московских медицинских организаций – специалисты различных медицинских профессий от городских клинических больниц, научно-исследовательских организаций, санаториев, поликлиник. С приветствиями к ним обратились президент Национальной федерации бадминтона России (НФБР) Сергей Шахрай и заместитель руководителя Департамента здравоохранения Москвы Андрей Старшинин.

– Медики сегодня – самое активное профессиональное сообщество, развивающее бадминтон в своей среде. Они проводят уже четвертый такой чемпионат, – заявил С.Шахрай. – И не случайно. Во-первых, бадминтон, как мы все знаем и что подтверждено международными патентами, помогает лечить зрение, прежде всего детское. Ну а во-вторых, бадминтон помогает самим врачам держаться в форме. А если врач в хорошей форме, то и его пациенту лучше, – добавил он.

Бадминтон занял прочное место в линейке спортивных мероприятий фестиваля «Формула жизни», – отметил, в свою очередь, А.Старшинин. – Этот вид спорта нашёл много любителей и поклонников среди медицинских работников. И они показывают прекрасный уровень игры – турнир получается увлекательный и красивейший».

Победу в турнире второй год подряд одержала команда ГКБ



Праздник удался

Отдыхай!

Бадминтонные баталии

Этот вид спорта полюбился столичным медикам

им. С.П.Боткина. Вторыми стали игроки ГКБ им. Ф.И.Иноземцева (ГКБ № 36), третье место разделили команды ГКБ № 70 и Станции скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С.Пучкова.

Борис Андреев, игрок и тренер ГКБ им. С.П.Боткина: «Я хотел бы поблагодарить Департамент здравоохранения и сотрудников ГКБ им. Ф.И.Иноземцева, которые дают нам возможность участвовать в интересном турнире. Мы влюбились в этот вид спорта и будем впредь активно участвовать в таких турнирах, тем более что наш главный врач очень поощряет это направление. Ну а резервы у нас огромные – у нас очень большая больница, в ней много талантов и мы постоянно работаем над расширением своей «спортивной скамейки».



Бадминтон – вид спорта не только полезный, но и красивый

Александр Митичкин, главный врач ГКБ им. Ф.И.Иноземцева, организатор турнира: «Турнир прошёл замечательно, и очень приятно, что уровень чемпионата заметно вырос. Если на первом турнире в основном все играли в «пляжном стиле», то сейчас мы видим настоящий спортивный бадминтон, напряжённые сильные игры, которые всех очень эмоционально заряжают. Группа сильнейших уже сформировалась, но первыми уже второй год становятся игроки ГКБ им. С.П.Боткина, что заставляет нас всех ещё больше концентри-

роваться и лучше готовиться к будущим встречам. В ходе игры мы видим, как сплавляются коллективы медучреждений! В одной команде играют врачи разных специальностей, медсёстры, все «болеют» друг за друга и получают положительный заряд. Нам приятно, что это происходит под эгидой Департамента здравоохранения Москвы и Национальной федерации бадминтона России, очень порадовало внимание со стороны президента НФБР, который сегодня приехал приветствовать участников соревнований. Всё это даёт нам уверенность, что и в будущем наши турниры пройдут на таком же профессиональном уровне».

Яков ЯНОВСКИЙ.

МИА Сити!

Москва.

Книжная полка

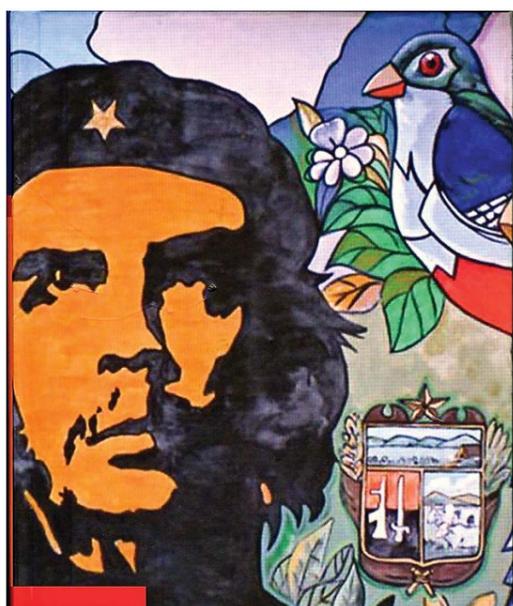
Надёжное «медицинское» плечо Кубы

Совершенно случайно в московском магазине я приобрёл книгу «Кубинский привет» Игоря НЕХАМЕСА: меня привлекла обложка с изображением Эрнесто Че Гевары. В студенческом общежитии у нас долго висел плакат с его изображением, и мы были пропитаны революционным романтизмом.

Книгу прочитал на одном дыхании. Она оставила в моей душе глубокое впечатление. Интересно всё, но особо потряс рассказ «Боги Барбудки». К своему стыду, я и не знал, что кубинцы подставили нашей стране своё надёжное плечо и на безвозмездной основе лечили советских детей.

Печатному слову я, конечно, верю, но решил всё перепроверить. Из разных источников (в том числе и в Интернете) я узнал о массовой замечательной помощи кубинских медиков.

Хочу поделиться такой информацией. За период с 29 марта 1990 г. по сегодняшний день Куба излечила 24 471 нашего больного, 20 419 из которых – дети. Все они получили бесплатную медицинскую помощь на Кубе, для чего использовались самые передовые достижения медицинской науки, они получили са-



мое искреннее тепло кубинских врачей, психологов, медсестёр, помощников-волонтеров, учителей и спортивных инструкторов.

В кубинских больницах пострадавшим в чернобыльской аварии было произведено 6 операций по трансплантации костного мозга, 2 операции по пересадке почки, 16 хирургических вмешательств на сердце и сосудах и более 600 операций неврологического и ортопедического профиля. Из побывавших на Кубе после чер-

нобыльской аварии 300 пациентов страдали гематологическими заболеваниями, а 124 из них – лейкоемией. Большая заслуга в осуществлении этой программы принадлежит различным лечебным учреждениям. Это Педиатрический госпиталь им. Вильяма Солера, Хуана М.Маркеса, Детская больница Гаваны, Детская больница им. Педро Боррасо, Хирургический центр им. братьев Амейхейрас,

Ортопедический центр им. Франка Паиса, Институт гематологии, Детский кардиоцентр, в котором было произведено 14 операций на сердце детям со сложными врождёнными патологиями, а также Центр радиационной защиты и гигиены. В среднем лечение одного пациента обошлось в 27 тыс. долл., а общая сумма лечения составляет 660 млн 717 тыс. долл.

XX века помогла Кубе, и что, мол, Куба отплатила за ту помощь. Не могу согласиться с такой позицией, потому что и ранее Куба старалась не быть нахлебником у Советского Союза, поставляя нам свой замечательный и полезный для больных диабетом тростниковый сахар, кофе, превосходный по качеству кубинский ром. Также Куба поставляла в СССР никель и кобальт.

Персонаж, о котором повествует Игорь Нехамес, почти мой ровесник. Я старше его на год. Я понимаю мать, которой Куба помогла спасти сына. И то, что каждый вечер перед сном она истово молится перед образами, где нашлось место и фотокарточке с изображением Фиделя Кастро. Может, потому команданте Фидель Кастро и живёт так долго, что молитвы этой матери и тысяч других матерей из России, Белоруссии, Украины и Молдавии дают ему дополнительные силы: ведь 13 августа 2016 г. искреннему другу Советского Союза и России исполняется 90 лет. Ныне здравствующий юбиляр своей жизнью и добрыми делами напоминает каждому из нас, россиян, о том, что друг всегда придёт на помощь – даже тогда, когда по-обывательски ты сомневаешься в этом. И не случайно, по рейтингу Всемирной

организации здравоохранения, Республика Куба делит 3-4-е места по качеству оказываемой медицинской помощи и лечению в мире.

Из 24,5 тыс. детей и взрослых, поражённых лучевой болезнью в результате радиации после чернобыльской катастрофы 26 апреля 1986 г. и прошедших лечение на Кубе, летальный исход был только у четверых. Да, многие имеют группы инвалидности, но они живут, радуют своих родителей и близких, а многие сами стали родителями и даже дедушками и бабушками.

Очень правильно автор поднимает этот вопрос: мы должны быть благодарны Острову Свободы за неоценимую помощь и поддержку. А ведь большинство кубинских врачей учились в Советском Союзе на медицинском факультете в Российском университете дружбы народов им. П.Лумумбы, а также в 1-м Медицинском государственном институте им. И.М.Сеченова и 2-м медицинском государственном институте им. Н.И.Пирогова, а также в ряде медицинских вузов в республиках и областях нашей страны.

Денис РОМАНОВ,
врач-педиатр.

Москва.

На литературный конкурс

Лев ПРЕНИЧЕВ

Вшивое дело

Рассказ



Витьку корёжило... Всё тело трясло лихорадочным ознобом. Во рту было так сухо, что казалось, он даже слышит, как непослушный язык наждачной бумагой шебаршит по нёбу. Временами, пытаясь унять дрожь, сквозь клацающую дробь зубов он жалобно ныл: «Мам-ка, пи-ить!» Не дождавись ответа, с трудом открывал глаза и недоумённо осматривал пустое помещение с аккуратно заправленными кроватями. На миг осознавал, что он не дома, что он учится в речном училище «на моряка», лежит в «кубрике» один, а ребята субботним вечером допоздна гоняют в футбол. В распахнутое окно доносилась визгливая разноголосица сверстников.

На горячий лоб легла мягкая прохлада мамкиной ладони. Но, открыв глаза, Витька увидел обеспокоенные лица фельдшерицы Мариванны и дежурного доктора.

Смущённый небывалым вниманием к собственной персоне, Витька на вопросы Мариванны отвечал односложно.

– Живот болит.
– Когда заболел-то, милый?
– С обеда.
– Что ж ты никому не сказал-то?
– Мариванна укоризненно покачала головой. – Разве можно так? Ну-ка давай поднимем рубашку... Где болит-то?

Витька, не разгибая ног, указал на низ живота, но прикоснуться не дал.

Мария Ивановна распорядилась:

– Вызывай «скорую», наверное аппендицит.

* * *

Телефон внутренней связи зазвонил тревожным полуночным звонком. МАК, казалось на секунду прикрывший глаза, встало облокотившись на руку, выронил очки.

Из приёмного отделения сообщили: поступил подросток с болями в животе, в направлении «скорой» – острый аппендицит.

Буркнув скороговоркой «бегу-бегу», Михаил Александрович спешно, шаркая шлёпанцами, засеменяя в приёмный покой и, прогоняя полуночную дрему, не совсем в ритм торопливым шагам с иронией бубнил себе под нос: «И трудовые будни – праздники для нас... где ж ты, удаль молодецкая... где мои семнадцать лет...»

* * *

Кому в голову пришла идея составить из первых букв имени, отчества и фамилии Михаила Александровича Кошелькова аббревиатуру МАК, уже не докопаться, а вот ведь – прижилось. Хотя чему удивляться? Его молодые коллеги и не такое «пришивали» – приживалось.

После выхода на пенсию МАК заметно сдал. Но пенсия заслуженного врача республики не спасала от нищеты. Подрабатывал ночными дежурствами, которые давались всё труднее и труднее.

* * *

Вид свернувшегося калачиком мальчонки говорил о многом... Осмотрев его сухой, шершавый язык, взглянул на градусник МАК и озабоченно потребовал прямо на каталке осторожно и безотлагательно доставить больного в операционную. От страха у Витьки захолонуло сердце, и он сквозь слёзы умоляюще проскулил: «Не надо резать...». «Страшный дядька»

на глазах подобрел, погладил его вихрастую голову и убедительно заверил, что сделают только один укольчик, а от укола с комариный укус ещё ни один «солдат» не умирал.

Слово «солдат» из уст МАКа звучало с какой-то особой теплотой и значением. Особенно обращённое к юнцам. Многие знали, что своё боевое крещение он – почти мальчишкой – получил тяжёлым ранением под Сталинградом...

* * *

Попуту совсем не страшный и не строгий «дядька-доктор» пощупал влажный Витькин лоб, слегка потрепал вихры.

– Ну вот и всё, – пожал руку и, подмигнув, добавил: – Мы ещё повоюем, «солдат»...

Тяжёлой походкой пожилого уставшего человека вышел из палаты.

* * *

Совещания по итогам работы за прошедший месяц хоть и не вызвали у сотрудников особого восторга, но воспринимались привычно, как должное.

За столом – главный врач, слева парторг, справа профорг, начмед.

Уже по тому, как часто главный протирает очки, а профбосс, освобождённая от повседневной медицинской работы, с косогубой улыбкой приветствия значимо суровила взгляд, сотрудники догадывались: кому-то готовится разнос.

Однако с каждым отчёт-докладом заведующих отделениями и службами напряжение спадало, аудитория успокаивалась: совещание шло в привычном русле. Непоседливая молодёжь всё чаще перешёптывалась, склоняя головы за спинами впереди сидящих, и по сотрясающимся плечам можно было судить о беззвучных пересмешках.

– Ну что ж, подведём итоги, – прозвучал голос главного,

и наступила тишина. – Все подразделения отработали благополучно, и каждый из докладчиков это подчеркнул. Благополучие-то, оказывается, мнимое!

Главный потряс над столом густо исписанными листами.

– Специалисты-энтомологи от Госсанэпидконтроля у больного... – главный назвал фамилию Витьки, – в хирургическом отделении обнаружили не только гниды в волосанном покрове головы, но и вычесали живую особь.

На «камчатке» раздалась приглушённые смешки.

– Для полного счастья нам только сыпного или возвратного тифа и не хватает. Мне страшно представить, какой позор придётся пережить на медицинском совете города. Не думай я, уважаемые коллеги, что доживу до такого...

Не договорив, он поверх очков внимательно осмотрел притихший зал.

– По предписанию я обязан принять строгие административные меры к медицинским работникам приёмного отделения, не обеспечившим санитарную обработку поступившего больного. Заведующему отделением ставлю на вид. Дежурившей смене объявляю выговор, поимённо. К хирургу, принявшему больного, СЭС уже применена штрафные санкции в сумме...

Названная сумма поразила МАКа. Лицо обдало жаром, кровь застучала в висках.

Положив злополучные листы на стол, главный добавил:

– Я думаю, и общественным организациям по данному случаю есть над чем поработать...

Профлидер строгим взглядом обвела присутствующих. Весь её облик и замедленная речь обрели государственную значимость:

– При свершившемся вопиющем безобразии – а иначе я такой позор назвать не могу – рассчитывать на

призовое место в социалистическом соревновании среди медицинских учреждений города уже не приходится. Считаю, что весь коллектив этим постыдным пятном незаслуженно оскорблён.

Зал глухо загудел. МАК, сидевший как на иголках, поспешно встал и, словно школьник, поднял руку:

– Можно мне?

В наступившей тишине все взоры обратились на него.

– Я бы хотел напомнить этно... этно... – от волнения он не мог выговорить и продолжил: – В общем, специалистам от СЭС. Хирургия бывает настолько экстренной, что нам некогда чесать волосные покровы, даже если где-то и очень чешется! Поступившего подростка надо бы оперировать прямо в приёмном покое. Флегмонозно-гангренозный аппендицит. Ещё несколько минут – и больному был бы обеспечен разлитый перитонит. И кто знает, чем бы всё закончилось...

Недоумённо пожав плечами, добавил:

– Парнишка выписан живым и здоровым. Родителям сын, государству гражданин, Родине защитник... Может быть, я чего-то недопонимаю, но что важнее: то, что он выжил со вшами, или пусть бы умер, зато без вшей?

Повернув голову на первые редкие хлопки одобрения, невольно вызвал аплодисменты – не только молодёжи...

Призывая к порядку, главный постучал ручкой о графин:

– Это не оправдание. Забыли эпидемии тифа в военное лихораждение? Да и после войны тоже... И потом, что помешало провести обработку в послеоперационный период? На второй, третий день? Отсутствие записи в листе назначений! А принимали вы!

Из гуци «обитателей камчатки» поднялся молоденький ординатор

и, как студент, хорошо знающий предмет, убедительно заговорил:

– Педикулёз может быть связан с тремя видами паразитирующих на человеке вшей. Так? Так, – и, загибая пальцы, стал перечислять: – Головная, платяная и, ещё одна, нехорошая...

По залу пробежал смехок.

– Делаю вывод: а может, вычесанная особь и не тифозная, может, она искусственно, по нечаянности, из одного покрова перенесена в другой? Акта видовой исследования нет? Нет! Доказательств нет, а скорый суд свершился. Требуем экспертизы на её видовую принадлежность!

– На генетическом уровне! – добавил рядом сидящий коллега.

Сквозь смех прорывались голоса молодёжи: «Правильно!», «Требуем экспертизы!», «Требуем справедливости!», «Долой самоуправство!» А прорезавший общий гул тоненький девичий голосок: «Долой произвол!» и вовсе развеселил аудиторию.

Сдерживая улыбку, главный встал и покачал очками в вытаннутой руке.

– Вот доктору-«генетику» и поручаю для освежения знаний подготовить доклад по сыпному и возвратному тифу в полном объёме, от причин заболевания до конечного исхода. Там и рассмотрите виды и места проживания всех источников патологии с их генетическими различиями... Все свободны, – пресёк главный дальнейшее развитие темы и, обратившись к МАКу, добавил:

– Задержись на минутку, есть разговор.

Десятилетия совместной работы и общее фронтовое прошлое сделали их отношения чуть ли не родственными.

– Чего ты волнуешься? Плюнь на всё, побереги здоровье. Бери бумагу и пиши заявление об оказании материальной помощи.

Профбосс с милостивой улыбкой подвинула лист бумаги и положила на него шариковую ручку.

Снисходительная покровительственность, сменившая высокопарную «государственность», отозвалась в душе старого хирурга чувством такой униженности, что на багровом от волнения лице выступили капельки пота. Подвернувшаяся в кармане халата марлевая маска оказалась кстати. Вытирая лицо, МАК смущённо поблагодарил за предлагаемую помощь и вдруг огорошил:

– До милостыни я пока не дожил и от подаяния из милости отказываюсь!

Решительно махнув рукой, потяжелевшей походкой направился к выходу...

* * *

... Ничто не проходит бесследно.

С трудом пережив гипертоический криз, хирург-практик, заслуженный врач республики, получая на дому пенсионную сумму, удивлял сотрудницу, задумчиво повторяя:

– А за подаянием из милости рук не протяну...

Череповец,
Владимирская область.

ОБ АВТОРЕ. Лев Преничев – заслуженный врач РСФСР. Работал заведующим отделением, заместителем главного врача детской городской поликлиники, врачом скорой помощи, главным врачом Череповецкой портовой больницы.

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

Материалы, помеченные значком , публикуются на правах рекламы. За достоверность рекламы ответственность несёт рекламодатель.

Главный редактор А. ПОЛТОРАК.

Редакционная коллегия: Д. ВОЛОДАРСКИЙ, В. ЕВЛАНОВА, В. ЗАЙЦЕВА, А. ИВАНОВ, В. КЛЫШНИКОВ, Т. КОЗЛОВ, В. КОРОЛЁВ, Д. НАНЕИШВИЛИ, А. ПАПЫРИН, Г. ПАПЫРИНА, В. САДКОВСКИЙ (зам. главного редактора – ответственный секретарь), И. СТЕПАНОВА, К. ЩЕГЛОВ (первый зам. главного редактора).

Дежурный член редколлегии – И. СТЕПАНОВА.

Справки по тел.: 8-495-608-86-95, 8-916-271-10-90, 8-495-681-35-67.

Рекламная служба: 8-495-608-85-44, 8-495-681-35-96, 8-967-088-43-55.

Отдел изданий и распространения: 8-495-608-74-39, 8-495-681-35-96, 8-916-271-08-13.

Адрес редакции, издателя: пр. Мира, 69, стр. 1, пом. XI, ком. 52 Москва 129110.

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

«МГ» в Интернете: www.mgzt.ru

ИНН 7702394528, КПП 770201001, р/с 40702810338000085671, к/с 30101810400000000225,

БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

Отпечатано в АО «ЭКСТРА-М» 143405 Московская область, Красногорский район, г. Красногорск, автодорога «Балтия», 23 км, владение 1, дом 1. Заказ № 16-06-00498 Тираж 28 341 экз. Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.

Корреспондент-Благовещенск (4162) 516190; Брянск (4832) 646673; Кемерово (3842) 354140; Нижний Новгород (831) 4320850; Новосибирск 89856322525; Омск (3812) 763392; Самара (8469) 517581; Санкт-Петербург 89062293845; ская сеть «МГ»: Смоленск (4812) 677286; Ставрополь 89288121625; Чита (3022) 263929; Уфа (3472) 289191; Киев (1038044) 4246075; Реховот, Хайфа (Израиль) (10972) 89492675; Ханану (Германия) (1049) 618192124.

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

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