

Медицинская

23 октября 2015 г.
пятница
№ 80 (7602)

газета®

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

События

«Лучше один раз увидеть...»

В Москву со всей страны съехались молодые онкологи



Образовательная конференция по современной стратегии хирургии опухолей внутригрудной локализации – рака лёгкого и рака пищевода, которую впервые организовал Российский онкологический научный центр им. Н.Н.Блохина, была спланирована как учёба с полным «погружением» в один из самых сложных разделов хирургии – торакальный.

Исходя из истины, что лучше один раз увидеть, чем сто раз услышать, участникам форума предоставили возможность не только получить большой объём теоретических знаний, но

Онкохирургам предстояло решить невероятно сложную задачу

и наблюдать за тем, как работают ведущие торакальные хирурги России и мира, потому как в хирургии мастер-класс считается самой эффективной формой обучения. Так, одновременно в двух соседних операционных работали директор РОНЦ им. Блохина академик РАН Михаил Иванович Давыдов и профессор Университета Луи Пастера (Страсбург, Франция) Жильбер Массард.

Академик Давыдов выполнял операцию пациенту, который несколько лет назад проходил лечение по поводу хондросаркомы височной кости,

а сейчас поступил в клинику с объёмным опухолевым образованием в корне правого лёгкого. Опухоль «захватила» также сосуды лёгкого, главный бронх и зону бифуркации трахеи. При новообразовании столь большого размера малый доступ невозможен в принципе, поэтому пациенту выполнено открытое хирургическое вмешательство – пневмонэктомия справа с циркулярной резекцией бифуркации трахеи.

(Окончание на стр. 2.)

Фото Юрия ЛУНЬКОВА.

Инициатива

«Кардиодесант» наступает

В рамках проекта «Кардиодесант» врачи Ульяновской области проконсультировали почти полторы тысячи работников предприятий.

Инициативная губернатором Сергеем Морозовым акция проводится в регионе с февраля этого года. В её рамках специалисты областного Центра медицинской профилактики совместно с врачами ульяновских центров здоровья посетили 20 предприятий Ульяновска. В ходе выездных обследований факторы риска развития заболеваний выявлены у 1205 человек, это 86% от общего числа осмотренных. В частности, почти у 700 человек врачи выявили повышенное

артериальное давление, отклонения от норм показателей сахара крови и холестерина.

– Болезни сердечно-сосудистой системы, как известно, – самая распространённая причина смертности населения. Поэтому для предупреждения этого опасного недуга мы уделяем особое внимание профилактической работе с населением. Особенность проекта «Кардиодесант» в том, что врачи сами приходят к пациентам и проводят профилактические осмотры с индивидуальным консультированием прямо на рабочем месте. Более половины участников проекта направлены к профильным специалистам по

месту жительства. Также почти у 350 работников предприятий удалось впервые выявить хронические заболевания, этих пациентов поставили на диспансерный учёт, – отметил заместитель председателя правительства – министр здравоохранения Ульяновской области Павел Дегтярь.

Кроме того, жители Ульяновска могут обратиться в центры здоровья для профилактического обследования, в доврачебный кабинет поликлиники или отделение профилактики по месту жительства.

Виктория ГУРСКАЯ,
внест. корр. «МГ».

Ульяновск.

Знакомьтесь –
победители
Всероссийского конкурса
«Лучший врач года» – 2015.

Стр. 4-7



Владимир ИВАШКИН,
главный гастроэнтеролог
Минздрава России, академик РАН:

Мы, клиницисты, на практике отчётливо видим, что не существует безопасной дозы алкоголя.

Стр. 10

Ирина ВАСИЛЬЕВА,
главный фтизиатр Минздрава России,
эксперт ВОЗ по туберкулёзу от РФ,
профессор:

Смотр проектов учёных, практиков и студентов «Туберкулёз-минус» собрал самый цвет молодой фтизиатрии.

Стр. 12



Работают мастера

Второй шанс на жизнь

Выполнив первую пересадку печени в непростом с финансовой точки зрения 2014 г., врачи кемеровской городской клинической больницы № 3 им. М.А.Подгорбунского продолжают успешно развивать это новое для себя направление деятельности. За полтора года они трансплантировали уже пятерых больных.

Школьная учительница, юрист, рабочий-экскаваторщик, преподаватель вуза и ещё один представитель рабочей специальности... Благодаря слаженной работе целой группы специалистов ГКБ № 3 они получили не фигуральный, а вполне реальный второй шанс на жизнь.

Столь активный и успешный старт уже сам по себе достоин уважения. Но больница даёт для этого и другой повод. Бесплатные для пациентов, но имеющие высокую себестоимость трансплантации она проводит за счёт... собственных средств.

«Федеральные квоты нам, увы, не положены, ведь по закону муниципальное учреждение не может иметь прямого финансирования из федерального бюджета, – поясняет главный врач ГКБ № 3 доктор медицинских наук Олег Краснов. – Поэтому мы стараемся по максимуму использовать другие источники».

Работа в системе обязательного медицинского страхования вовсе не предполагает, что больница ежемесячно должна получать некую гарантированную сметой сумму: она может заработать «от» и «до». Минимум, если допустит нарушения: не вы-

полнит муниципальный заказ, нарушит требования по доступности медуслуг, не обеспечит их должного качества... И максимум, если сработает без сучка без задоринки. По итогам года разница может составить 30-50 млн руб.!

«Вот этот условно скрытый резерв мы и задействуем по полной программе, зарабатывая максимально возможное, – комментирует главный врач О.Краснов. – Вместе с коллективом мы поставили задачу предельно рационально выстроить весь лечебно-диагностический процесс. Администрация больницы проводит огромную экспертную работу, чётко отслеживает деятельность всех служб. Спасибо специалистам территориального фонда ОМС и страховой компании «Альфа-страхование», они нам очень в этом помогли. Сегодня мы практически ушли от штрафов. Даже если возникают спорные ситуации, проверяющие не занимают по отношению к нам позицию антагонистов. Мы – партнёры. Если мы спорим, наши доводы учитываются. И решение страховщики всегда принимают в интересах пациентов. Разрозненная работа таких результатов дать не может».

Напомним: в плане развития трансплантологии Кемеровская область входит в пятёрку лучших регионов страны. В настоящее время здесь пересаживают уже три органа: почку, сердце и печень.

Валентина АКИМОВА,
соб. корр. «МГ».

Кемерово.

Новости

Упор — на политравму

В областном клиническом центре охраны здоровья шахтёров Ленинска-Кузнецкого (Кемеровская область) прошла 19-я Всероссийская научно-практическая конференция «Многопрофильная больница: междисциплинарные аспекты медицины».

В ней приняли участие 320 представителей ведущих клиник и научных коллективов страны, среди которых было 43 доктора и 75 кандидатов медицинских наук.

Работа конференции проходила по 5 секциям, где в общей сложности было заслушано 68 сообщений и представлено 6 стендовых докладов. Основные доклады были посвящены организационным вопросам в здравоохранении, а также применению современных медицинских технологий в анестезиологии и реанимации, травматологии, ортопедии, нейрохирургии и хирургии, терапии и педиатрии.

Особое внимание участники уделили одной из актуальнейших проблем современной медицины — повышению эффективности лечения больных с политравмой, оказанию помощи пациентам в критических состояниях, в том числе в процессе их межгоспитальной транспортировки. Секция «Современные медицинские технологии в терапии и педиатрии» объединила кардиологов, терапевтов и педиатров. Во время заседаний здесь обсуждались вопросы здоровья жителей индустриальных городов и качества жизни работников угледобывающей отрасли.

Неизбежные на таких форумах дискуссии профессионалов позволили им выработать тактику совместных действий в решении сложных междисциплинарных проблем.

Валентина НИКАНОРОВА.

Кемерово.

Столичный прокат

Депутаты Мосгордумы намерены предложить Департаменту соцзащиты работу над совместным проектом по организации пунктов проката медицинского оборудования и средств реабилитации в больницах.

«Если человек ломает ногу, его везут в больницу и оказывают помощь. Но когда люди выходят из травматологического отделения или после операции, им нужны средства реабилитации. Где им искать те же костыли или коляску? Было бы удобно, если бы в самой больнице пациент мог взять напрокат необходимый инвентарь», — полагает председатель Комиссии по здравоохранению Мосгордумы Людмила Стебенкова.

Первоочередной задачей в подготовке проекта является решение вопросов финансирования — закупать костыли и коляски на бюджетные средства либо на деньги инвесторов, отметила чиновник. «Нужно понять, за чей счёт закупать оборудование для таких пунктов проката. Можно попробовать договориться с системой соцзащиты, чтобы делать совместный проект. Либо привлекать частные капиталы», — пояснила Л.Стебенкова.

По словам доцента кафедры управления экономикой здравоохранения Высшей школы экономики Сергея Боярского, финансирование пунктов прокатов при больницах не будет серьёзной проблемой.

Ян РИЦКИЙ.

Москва.

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

События

«Лучше один раз увидеть...»

(Окончание. Начало на стр. 1.)

Иной подход — торакоскопическую лобэктомию — продемонстрировал профессор Массард. Перед началом операции знаменитый французский врач ответил на вопрос корреспондента «Медицинской газеты» о показаниях для выбора хирургической тактики:

— У Михаила Ивановича на операционном столе лежит пациент с громадной центральной опухолью. Даже сложно было заранее определить, возможна ли резекция, в таких случаях опербельность определяется уже во время операции. Не сомневаюсь, что Михаил Иванович сотворит чудо для этого больного. У меня же совсем другая ситуация: у пациентки рак правого лёгкого в начальной стадии, размер новообразования всего около 2 см, что позволяет выполнить операцию миниинвазивным способом. Торакоскопия существует больше 20 лет, и операция, которую мы покажем, стала рутинной в Европе. Она уже практикуется в ряде клиник России, и сегодня здесь собралась очередная группа молодых хирургов, которым это интересно и которые хотят освоить данную технологию. Признаюсь, что с тех пор, когда я сам стал пациентом, мой интерес к миниинвазивной хирургии значительно вырос. Доказано, что в сравнении с торакотомией при операции через мини-доступ значительно умень-

шается количество осложнений, сокращается время пребывания пациента в стационаре и срок его инвалидности. Но я подчёркиваю, что малоинвазивные торакоскопические вмешательства возможны только при опухоли меньше 5 см, без прорастания в корни лёгких, в средостение, без поражения лимфоузлов.

По словам заведующего отделением торакальной хирургии РОНЦ им. Н.Н.Блохина доктора медицинских наук Михаила Михайловича Давыдова, видеоторакоскопия действительно начала практиковаться в мире ещё в 90-е годы, но так как эта технология дорогостоящая, в нашей стране широкое распространение она получает только сейчас.

— Многие молодые хирурги стремятся в первую очередь овладеть малоинвазивными технологиями. Это неправильно, — подчёркивает заведующий отделением. — В практике каждого торакального хирурга должен быть весь диапазон хирургических техник — и открытых операций, и торакоскопических, тогда при возникновении проблем во время эндоскопического вмешательства ты сможешь сам, не прибегая к помощи более опытных коллег, открыть грудную клетку и продолжить операцию. А подобные ситуации, увы, случаются.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Перспективы

Против рака простаты

Он лечится отечественными «расходными материалами»

Российские специалисты начали лечить рак предстательной железы (простаты) отечественными «расходными материалами». В Медицинском радиологическом научном центре имени А.Ф.Цыба в Обнинске выполнена первая операция по лечению этого заболевания полностью с использованием отечественных микроисточников с радиоактивным изотопом йод-125 (брахитерапия).

Брахитерапия — весьма эффективна: максимальную дозу радиации доставляют прямо в опухоль без риска для прилегающих тканей и органов. Операция проведена обнинскими учёными в рамках программы импортозамещения в российской медицине.

«Расходные материалы» отечественного производства — изотоп йод-125 нарабатывается в Научно-исследовательском институте атомных реакторов (НИИАР, Димитровград) в необходимых количествах, микроисточники с изотопом — в Физико-энергетическом институте им. А.И.Лейпунского (ФЭИ, Обнинск).

«Научный блок «Росатома» активно развивает целый ряд широко востребованных на российском и мировом рынках направлений в области радиационных технологий. В том числе, мы работаем и над проектами в сфере ядерной медицины,



Брахитерапия доставляет максимальную дозу радиации прямо в опухоль без риска для прилегающих тканей и органов

— рассказывает заместитель генерального директора, директор блока по управлению инновациями «Росатома» Вячеслав Пёршуков. — Лечебная операция с использованием изотопа йода-125 российского производства — это конкретный результат многолетнего совместного труда институтов, находящихся под управлением АО «Наука и инновации». Технологии «Росатома» спасают жизни, и это самое важное, что можно сказать о сегодняшнем событии.

Основы проекта по созданию микроисточников были заложены около 10 лет назад.

Итогом стал продукт, ничем не уступающий мировым аналогам. Кстати, он подойдёт и для экспорта. «Фактически мы создали чисто отечественный продукт в рамках проекта импортозамещения. Разработанные в ФЭИ «зёрна», то есть микроисточники, стоят значительно дешевле импортных, что позволяет проводить жизненно необходимые операции в рамках финансовых средств, выделяемых государством», — подчёркивает директор ФЭИ Андрей Говердовский.

Иван МЕЖГИРСКИЙ.

МИА Cito!

Признание

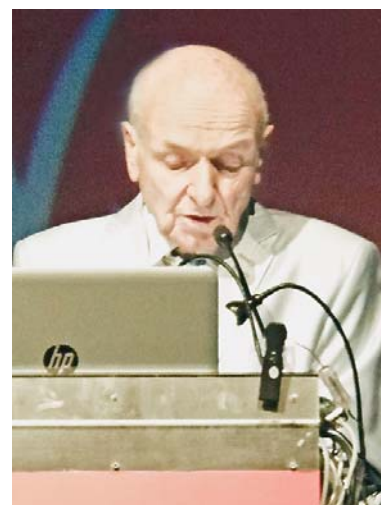
Видный учёный и практик-виртуоз

Врачу Николаю Володосю хирургический мир аплодировал стоя

«Аргентинец или украинец?» — так называлась статья в нашей газете (см. № 53 от 22.07.2015) о выдающихся достижениях сосудистого хирурга из Харькова профессора Николая Володося.

Напомним, в публикации приводились малоизвестные детали разработки эндоваскулярного протезирования в СССР, свидетельствующие о приоритете трудов Николая Леонтьевича, рассказывалось о преодолении стереотипов, связанных с упорным нежеланием некоторых представителей зарубежья признавать первенство нашей медицинской науки в становлении эндоваскулярной хирургии.

Мировое признание украинского учёного и практика-виртуоза, пусть и запоздалое, состоялось при активном содействии коллег из Российской Федерации, а именно врачей клинической больницы № 122 им. Л.Г.Соколова ФМБА России, что в Санкт-Петербурге. Доклад заведующего отделением хирургии № 5, доцента Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И.Мечникова, кандидата медицинских наук Алексея Светликова на ежегодном съезде Американского общества сосудистых хирургов в



Профессор Н.Володось за трибуной на торжественном заседании Европейского общества сосудистых хирургов в Порту

2011 г., прорвав информационную блокаду, заново открыл профессиональной общественности уникальные разработки профессора Н.Володося.

И вот, как сообщил в северо-западный корпункт «Медицинской газеты» А.Светликов, очерк в «МГ» за подписью главного врача КБ № 122 профессора Якова Накатиса получил неожиданное продолжение. На ежегодном съезде Европейского общества сосудистых

хирургов (ESVS), состоявшемся в последнюю неделю сентября в Португалии, 81-летнему учёному Николаю Леонтьевичу была вручена награда за выдающиеся достижения в сосудистой и эндоваскулярной хирургии и первую в мире имплантацию сосудистого эндопротеза (она состоялась 4 мая 1985 г.) с присуждением звания почётного члена общества.

Награждения с такой формулировкой в истории ESVS до сих пор не случалось. Профессор Н.Володось сделал 40-минутное сообщение о своих разработках, приведя ряд клинических примеров и поныне не имеющих аналогов. Он акцентировал внимание зарубежных хирургов на том, что его личные победы не могли бы состояться без наличия громадного научного потенциала учёных и конструкторов нашей страны, сконцентрированного в то время, в том числе, в Харькове. Хирурги, съехавшиеся в Порту со всех концов Европы, США и других стран мира на торжественном заседании ESVS аплодировали великому хирургу и учёному нашей современности стоя.

Владимир КЛЫШНИКОВ,
соб. корр. «МГ».

Санкт-Петербург.

Акции

Вместе против психоэмоциональных нарушений

В подмосковном городе Мытищи прошла акция, посвящённая Всемирному дню психического здоровья. Её организаторами выступили Минздрав Московской области, областной центр медицинской профилактики и Мытищинская городская поликлиника № 2.

Мероприятия, направленные на повышение осведомлённости населения о природе и масштабах психических расстройств, их особенностях, воздействии на соматическое здоровье в целом и методах профилактики, начались с самого утра. Специалисты Мытищинского центра здоровья проводили скрининговые обследования, компьютерные психологические тесты, занимательные конкурсы, раздавали просветительскую литературу об основах ведения здорового образа жизни и профилактике

психоэмоциональных нарушений. В беседе о психическом здоровье и важности его сохранения приняли активное участие волонтеры, учащиеся колледжей.

Жители смогли бесплатно измерить артериальное давление, пройти обследование сердца на кардиовизоре, исследовать функцию внешнего дыхания, узнать цифры своего артериального давления, уровень CO₂ в выдыхаемом воздухе, показатели холестерина и глюкозы крови, измерить рост и вес, проконсультироваться у психолога и психиатра. В мероприятиях приняли участие более 150 человек.

Во второй половине дня состоялась научно-практическая конференция для врачей медицинского округа № 5, на которой выступили главный специалист по медицинской профилактике Центрального федерального округа и

Минздрава Московской области, главный врач Московского областного центра медицинской профилактики Е.Иванова, главный психиатр Минздрава Московской области, заместитель генерального директора по научной работе Федерального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.П.Сербского А.Козлов, доцент кафедры психотерапии и сексологии Российской медицинской академии последипломного образования Р.Захаров, профессор Научного центра психического здоровья ФАНО России С.Иванов, специалисты медицинского округа № 5.

Максим ОВЧАРЕНКО,
врач-методист Московского
областного центра медицинской
профилактики.

Московская область.

Деловые встречи

В «меню» бизнес-завтрака — кризис

Какие управленческие решения для нормальной деятельности и развития больниц и поликлиник в нынешней непростой экономической ситуации считать наилучшими? Ответы на архиважный вопрос попытались нащупать на берегах Невы руководители крупнейших медицинских организаций государственной и частной форм собственности на бизнес-завтраке: «ЛПУ в кризис: практический опыт оптимизации работы медицинских учреждений».

Деловая встреча открылась докладом Александра Солонина, генерального директора ассоциации, объединившей без малого 10 лет назад ведущих производителей частных медицинских услуг. Её участниками стали представители более полусотни городских клиник. Перечислив основные тенденции развития коммерческого сегмента медицинского рынка в Северной столице, руководитель саморегулирующей организации привёл

красноречивые цифры: его доля приближается к 40%, а финансовая отдача от оказания «частниками» лечебно-диагностических услуг, невзирая на сегодняшние проблемы в макроэкономике, в нынешнем году может составить 580 млрд руб.

По мнению А.Солонина, в условиях экономической нестабильности следует выделить главные функциональные зоны для оптимизации. К ним относятся: стратегическое управление; процесс оказания медицинских услуг; материальные ресурсы, финансы; закупки; продвижение медицинских услуг; управление персоналом. При определении стратегий несомненно разумно поступит тот руководитель, кто заострит внимание на внедрении инновационных методов лечения пациентов, оценит важность долгосрочной программы планирования работы.

Об экономических дивидендах усиления информационных контактов между государственными медицинскими структурами и частными клиниками говорил

директор Медицинского информационно-аналитического центра Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга Геннадий Орлов. Он напомнил некоторые успешные примеры государственно-частного партнёрства в сфере здравоохранения, которое развивается последние годы при активном содействии Смольного. Это и взаимодействие с государственной телефонной службой для петербуржцев «Здоровье города», и участие в единой системе электронной записи на приём к врачу, и учёт онкологических пациентов в популяционном раковом регистре, и использование врачами частных медицинских центров интегрированной электронной медицинской карты...

Участники актуального разговора рассмотрели пути минимизации расходов медицинских клиник в Российской Федерации и за рубежом, остановились на возможностях и экономических аспектах использования телемедицины в целях повышения эффективности работы ЛПУ, были единодушны во мнении, что предметом особой заботы медицинских организаций должна стать собственная информационная безопасность.

Владимир ВЕНИАМИНОВ,
Санкт-Петербург.

Профилактика

Просто хорошая организация

Никаких секретов раннего выявления рака не существует, это просто результат ответственного подхода медиков к делу. К такому заключению пришли участники совещания в Министерстве здравоохранения Республики Тыва. Здесь прошло обсуждение промежуточных итогов работы по диспансеризации и своевременному выявлению онкологических заболеваний в 2015 г.

По информации главного врача Республиканского онкологического диспансера Алевтины Шивит-оол, показатель выявления злокачественных новообразований на ранних стадиях пока значительно не улучшился и составляет 35,3%, в то время как в среднем

по России он равен 50,8%.

— Ситуация по выявлению рака на излечимых стадиях требует концентрации усилий врачей первичного звена, местных органов власти, общественности и самого человека, — констатировали участники совещания после того, как заслушали информацию об успехах отдельных районных больниц.

Так, в Пий-Хемской центральной кожной больнице в текущем году 62% случаев онкозаболеваний выявлено на ранних стадиях, а в Каа-Хемской ЦКБ — 52%. Как оказалось, достичь таких результатов медики двух районов смогли за счёт простых мер. Первое — 100-процентный охват профилактическими осмотрами и диспансеризацией населения из групп риска по онкопатологии. Также они считают

важным фактором уровень информированности населения: врачи находят время для информационно-профилактической работы с населением в форме лекций, выступлений в СМИ. И, наконец, большое значение имеет уровень онконастороженности каждого врача, работающего в первичном звене. Здесь взяли за правило проводить онкоосмотр каждого пациента, вне зависимости от причины его обращения в поликлинику.

Опыт сельских коллег должен быть взят на вооружение всеми лечебными учреждениями республики, считают в Министерстве здравоохранения Тувы.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Кызыл.

Назначения

Охраной здоровья в Госдуме займётся новый председатель

Депутаты Госдумы приняли на пленарном заседании постановление о назначении председателем Комитета нижней палаты парламента по охране здоровья Сергея ФУРГАЛА (ЛДПР). Он сменил на этом посту однопартийца Сергея Калашникова, который перешёл в Совет Федерации.

С.Фургал родился в 1970 г. в Амурской области. Окончил Благовещенский государственный медицинский институт по специальности «лечебное дело». Работал врачом-неврологом, занимался предпринимательской деятельностью в Хабаровском крае. В 2010 г. окончил Российскую академию госслужбы при Президенте РФ, защитил степень магистра экономики по направлению «государственное и региональное управление». В Госдуме РФ — с 2011 г.

Соб. инф.

Инициатива

Используя анкетирование

Серию выездов в центральные районные больницы региона за 2 последних месяца осуществила бригада Общественного совета при Департаменте по здравоохранению администрации Смоленской области, главной функцией которого является защита прав пациентов и проверка качества оказываемых медицинскими учреждениями услуг.

Члены совета побывали в Краснинской, Руднянской, Починковской и Рославльской ЦРБ. Ответственные не только знакомились с условиями оказания помощи в отделениях и поликлиниках и беседовали с больными и предста-

вителями медперсонала, но и проводили анкетирование пациентов.

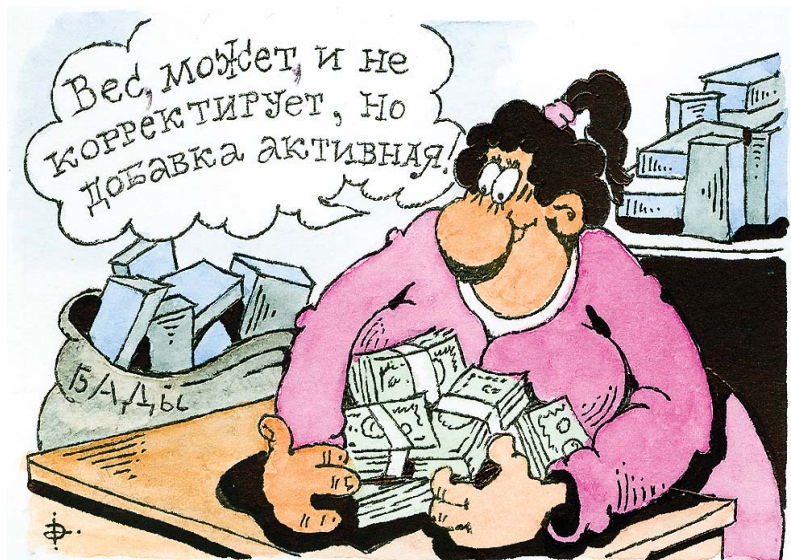
Как сообщила корреспонденту «МГ» председатель совета член Общественной палаты Центрального федерального округа и Общественной палаты Смоленской области Елена Ульяненкова, около 90% опрошенных положительно отзываются об условиях пребывания и качестве лечения в ЦРБ, об отношении персонала. Этот показатель был бы ещё выше, если бы в регионе была полностью решена кадровая проблема.

Владимир КОРОЛЁВ,
соб. корр. «МГ».

Смоленск.

Криминал

Сама себя наказала



В Омске возбуждено уголовное дело по фактам контрабанды и сбыта в крупном размере сильнодействующего вещества.

Фигуранткой этого расследования стала 30-летняя омичка. Она была задержана сотрудниками Управления ФСКН России по Омской области во время проведения спецоперации. Как раз в момент продажи препаратов для похудения, содержащих в своём составе сибутрамин. Это опасное сильнодействующее вещество, оборот которого в Российской Федерации запрещён с 24 января 2008 г., маскируется под биологически активную добавку, якобы корректирующую вес. Однако его употребление вызывает опасные побочные эффекты, негативно влияет на сердечно-сосудистую и пищеварительную системы, а при длительном применении может привести даже к летальному исходу.

Обо всём этом задержанная женщина была прекрасно осведомлена, как и об ответственности

за оборот запрещённых веществ. Но, тем не менее систематически и в течение продолжительного времени приобретала китайские биодобавки в Казахстане, нелегально перевозила их через границу в Омск, а затем реализовывала среди тех, кто «подсел» на эту БАД и стал от неё зависим. Мало того, что задержание произошло с поличным. При обыске квартиры задержанной наркополицейские обнаружили и изъяли ещё свыше 160 г капсул, содержащих сибутрамин, что является отягчающим обстоятельством.

Сейчас, как сообщили корреспонденту «Медицинской газеты» в Управлении ФСКН России по Омской области, в отношении подозреваемой возбуждено уголовное дело по фактам контрабанды и сбыта сильнодействующего вещества в крупном размере. Максимальное наказание за эту преступную деятельность — лишение свободы до 8 лет.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

Вот и пришёл долгожданный день награждения лауреатов Всероссийского конкурса «Лучший врач года» – 2015. Праздник состоялся на днях в одном из залов популярного столичного комплекса «Крокус-Экспо». Трудные победы лёгкими не бывают. Но для тех, кто стал лауреатом в юбилейном для конкурса 2015 году, это особая награда, особая заслуга коллективов, которые выдвинули своих кандидатов. Сегодня мы – Минздрав России, Общероссийский профсоюз работников здравоохранения, «Медицинская газета» – учредители этого престижного конкурса ещё раз поздравляем всех победителей, желаем им успехов в нелёгкой работе по охране здоровья наших граждан и публикуем блиц-рассказы большей части тех, кто занял первую ступеньку пьедестала.

Работать стало интереснее

Людмила САЛЯЕВА – лучший врач лабораторной диагностики, заведующая клинико-диагностической лабораторией Сургутской городской поликлиники № 3, Ханты-Мансийский автономный округ – Югра:



– Наша специальность очень динамично развивается. С годами понимаешь, насколько всё изменилось, ведь мы начинали работать без аппаратов – с рутинных методик, где сами готовили и дозировали реактивы, когда основным золотым стандартом для дифференциации морфологии клеток в биоматериале был «глаз» (иммерсионная система микроскопа), а измерительным прибором – фотометр.

В настоящее время лабораторно-диагностическое отделение оснащено современным высокотехнологичным автоматическим оборудованием, с 2012 г. были внедрены технологии лабораторной автоматизации полного цикла (информационная система управления лабораторией – ЛИС). Процесс автоматизации лабораторной диагностики позволил добиться увеличения рентабельности лаборатории, повысить её производительность, уменьшить влияние человеческого фактора на процесс исследований, а самое главное – повысить эффективность и качество лабораторных исследований.

За последние 5 лет в отделении внедрили более 60 методов исследования, имеющих высокую аналитическую точность и диагностическую надёжность, в том числе: гелевую технологию для определения групп крови и резус-фактора, электрофорез белков и липидов. Приобрели высокотехнологичное оборудование – автоматический гематологический и иммунологический анализатор, анализатор глюкозы и др. В скором времени освободится помещение для установки нового оборудования ПЦР-диагностики.

Для взятия крови в лаборатории в настоящее время применяются вакуумные системы, которые, с одной стороны, минимально травмируют пациента, а с другой – обеспечивают абсолютную безопасность для персонала, так как отсутствует контакт с кровью пациента. С появлением высокотехнологичного оборудования работать стало намного интереснее. И, я надеюсь, скоро решится вопрос нехватки кадров в нашей специальности.

Я люблю свою профессию и благодарна всем, кто оценил мой скромный труд на таком высоком уровне. Мне бы не удалось достичь этого без моих учителей и коллег.

Большое внимание уделяю просветительской деятельности

Лариса ШАРАСТЕПАНОВА – лучший врач общей практики, врач общей практики Окинской центральной районной больницы, Республика Бурятия:

– Особенности моего врачебного участка является отдаленность от столицы региона более чем на 700 км, большая территория и низкая плотность населения – менее 0,06 человека на 1 км². В связи с тем, что население в основном занимается животноводством, проживает разрозненно, особое значение имеет выездная работа.

В своей ежедневной практике уделяю большое внимание просветительской и



В центре внимания

Врачебные победы

профилактической деятельности, сочетаю это с проведением углублённого осмотра взрослого и детского населения участка, что способствует своевременному выявлению заболеваний.

Главным результатом своей работы считаю здоровье моих пациентов. На моём участке в течение последних 5 лет нет перинатальной и младенческой, а также материнской смертности. Не регистрируется заболеваемость туберкулёзом, достигаем 100-процентного охвата подлежащего вакцинации населения.

Безусловно, важно регулярно совершенствовать квалификацию, не только на очередных курсах её повышения, но и самостоятельно. Стараюсь отслеживать последние новости в медицине, несмотря на то, что в нашем отдалённом горном районе нет устойчивого доступа к Интернету.

Всем, без исключения, желаю неиссякаемого здоровья, а также счастья и удачи во всём!

Впитала с молоком матери

Ольга НИКОЛАЕНКО – лучший участковый терапевт, участковый врач-терапевт госпиталя для ветеранов войн Казани, Республика Татарстан:



– Победа в конкурсе была для меня совершенно неожиданной. Уверена, что множество моих коллег имеют такие же заслуги – добросовестно трудятся каждый на своём месте, любя своих пациентов.

Может быть, моё «личное дело», отправленное на конкурс, отличалось тем, что мне посчастливилось работать на больших престижных спортивных соревнованиях. Всё началось с Универсиады в Казани, потом были Олимпийские и Паралимпийские игры в Сочи.

На Олимпиаде я работала врачом в пресс-центре в составе команды медиков из Татарстана. Мы оказывали помощь всем обращающимся к нам – представителям прессы, волонтерам, обслуживающему персоналу. Это была обычная рутинная работа, но без которой нельзя обойтись. Вместе с тем она очень серьёзная – ощущение огромной ответственности не оставляло.

Работу я свою очень люблю, и кем я стану, было predetermined ещё при рождении: я родилась, когда мама была студенткой медицинского института и сдавала госэкзамен по терапии прямо в роддоме – экзаменационная комиссия прибыла к ней туда в полном составе. Да, вот тогда так было. И я, можно сказать, при этом присутствовала. Поэтому мама мне сказала: «Оля, ты впитала терапию с молоком матери». Так что у меня не было никаких шансов заниматься чем-то другим. В 1987 г. я окончила Запорожский медицинский институт по специальности «лечебное дело». Теперь, имея осязаемый стаж за плечами, понимаю, что в выборе профессии не ошиблась.

Лучший врач получается из медбрата

Арсентий ГРЕШИЛОВ – лучший неонатолог, заведующий отделением реанимации и интенсивной терапии новорождённых Клинического родильного дома № 4 Уфы, Республика Башкортостан:

– Учреждение, в котором я работаю, имеет статус перинатального центра, где происходит довольно большой процент патологических родов. Отделение рассчитано на 27 реанимационных коек, что немало по российским меркам. Оно оснащено самым современным оборудованием, которое позволяет нам спасать жизни младенцев, родившихся в асфиксии, с пороками развития, нарушениями жизненно-важных функций, выхаживать маловесных недоношенных детей.

Детей с экстремально низкой массой тела – до 1 кг – у нас рождается 70-80 в год. И мы стараемся довести процент выживаемости этих новорождённых до 80. В своей работе используем передовые технологии и современные стратегии, существующие на сегодняшний день в неонатологии, тесно сотрудничаем с коллегами из кардиологического, хирургического, соматического стационаров.



Вручение наград победителям

Врачи нашего отделения специализируются по двум профилям – неонатологии и анестезиологии-реаниматологии, так как мы работаем на стыке этих специальностей и должны владеть всеми навыками оказания помощи новорождённым в экстренных ситуациях. Я плюс к этому имею сертификат по ультразвуковой диагностике, что тоже крайне необходимо в нашей работе, и врач-невролога – 14 лет по совместительству был консультантом отделения раннего возраста клиники Башкирского государственного медицинского университета. Это, кстати, даёт мне возможность наблюдать наших пациентов и в дальнейшем отслеживать их развитие. Всё это позволяет нам добиваться успехов в своей области. Возможно, поэтому конкурсная комиссия и оценила мою работу как лучшую среди коллег.

Ещё учась в институте, я пришёл работать медбратом в неонатологию и сразу увлёкся этим делом. И сейчас у нас в отделении работают студенты различных курсов в должностях среднего медицинского персонала. По моим наблюдениям, не в обиду будет сказано другим врачам, именно из таких студентов, которые начинают осваивать профессию с её азов, получаются самые преданные своей профессии специалисты, самые лучшие доктора.

О нашем коллективе – только хорошие слова

Татьяна ЛАРИНА – лучший патологоанатом, заведующая патологоанатомическим отделением Самарской городской клинической больницы № 1 им. Н.И.Пирогова:



– Мой успех во Всероссийском конкурсе лучших врачей – это своего рода подарок к юбилею очень востребованного в регионе лечебного учреждения, в котором работаю уже 25 лет. А 140 лет назад в Самаре состоялось открытие губернской земской больницы, которой позднее было присвоено имя великого русского хирурга Н.И.Пирогова. Это прекрасный рубеж, к которому подошёл наш коллектив со значительными результатами деятельности. Руководит больницей Валерий Иванович Кириллов, организовавший управление лечебным учреждением по современным стандартам менеджмента. О профессиональном коллективе можно говорить только хорошие слова. Кстати, в своё время в нашей «Пироговке» начинал свою трудовую деятельность народный комиссар здравоохранения СССР Н.А.Семашко.

Что касается работы патологоанатома, она очень важна. Поясню почему. Смысл

её заключается в исследовании биопсий у живых пациентов. Здесь задача – точный диагноз. Особенно это важно для онкологических больных, поскольку от этого зависит их жизнь. Количество таких исследований исчисляется сотнями тысяч в год на область. И далеко не каждый больной знает, что диагноз-то ему ставит патологоанатом, и только после этого врачи других специальностей на основании нашего заключения назначают лечение.

Таким образом, отличительной чертой моей специальности является универсальность в медицине. К нам поступают материалы из нейрохирургии, кардиологии, урологии, гинекологии и т.д. Поэтому патологоанатом должен уметь разбираться во всём, что происходит в организме, знать все патологии. От диагноза зависит не только лечение больного, но и объём операции, а также показания к ней. А когда говоришь, что почти каждый второй пациент проходит через руки и глаза патологоанатома, большинство воспринимает это с недоумением. Но мы осознаём свою ответственность в лечебно-диагностическом процессе, от профессионального участия в котором зависит здоровье пациентов.

Профилактика – мой конёк

Игорь ПАНЧЕНКО – лучший оториноларинголог, заведующий оториноларингологическим отделением Воронежской областной клинической больницы № 1:

– За 16 лет, что работаю в больнице, у нас произошли большие перемены. Сегодня это крупнейшее лечебное учреждение Центрального федерального округа, оказывающее широкий спектр медицинской помощи по 15 профилям, в том числе и по оториноларингологии. В его составе 5 клиничко-диагностических корпусов.

В нашем отделении сосредоточен контингент больных с тяжёлыми формами заболеваний и лор-патологией на фоне соматических заболеваний с диагностическими трудными случаями заболеваний патологии уха, горла, носа. У нас есть все возможности лечить, оперировать и восстанавливать здоровье пациентов. Достаточно сказать, что в нашей операционной 2 видеоэндоскопические стойки, где за 3 года я провёл более тысячи операций, из них 325 видеоэндоскопических. Кстати, мы первыми освоили видеоэндоскопические вмешательства в полости носа и на придаточных пазухах. Теперь мы можем провести в отделении качественное лечение и в более короткие сроки, а также брать на себя операции, которые раньше выполнялись в федеральных центрах. Это позволяет нам оказывать лечебно-методическую помощь врачам ЛПУ территории, чтобы высококачественная помощь становилась максимально доступной для населения области. Я считаю, что врач должен быть там, где он нужен.



Лёгкими не бывают

Профилактика – это мой конёк. Выступаю на радио России на тему «Профилактика ОРВИ и заболеваний лор-органов», пишу статьи, участвую в симпозиумах, конгрессах, научно-практических конференциях, среди своих пациентов провожу активную борьбу с курением. Ведь бросить курить – значит избавить себя от ряда тяжёлых заболеваний.

Я считаю, что врач не может не занимать активную жизненную позицию, не вести поиск перспективных направлений, неустанно совершенствовать свои профессиональные знания. И конечно же, как передовое учреждение региона мы должны задавать тон, развиваться дальше. И мы это делаем. Перспектива нашего отделения – внедрение операций на околоносовых пазухах и основании черепа с применением навигационной техники. На очереди – и лазерная хирургия.

Внедряем современные методы лечения

Олег ЦЫМБАЛОВ – лучший стоматолог, заведующий отделением Краснодарского краевого клинического стоматологического центра:

– Представлять успехи своего лечебного учреждения на общероссийском уровне престижно и в какой-то степени легко. В крае разработана стратегия реструктуризации стоматологической помощи, что обеспечило сбалансированную работу в целом всей службы. Надо только хорошо ориентироваться в научно-технических достижениях, чтобы использовать их на практике. Это присуще нашим специалистам. В результате в поликлинике внедрены новые диагностические методы, в том числе конусно-лучевая компьютерная томография, что позволило кардинально улучшить качество оказываемой помощи, сократило затраты на стационарное лечение, выполняя его часть амбулаторно. Так, число плановых оперативных вмешательств выросло с 2012 г. на 154%, экстренной помощи – на 110%. И при этом для нас хирургов остаётся постоянной онкологическая настороженность, обеспечивающая раннюю диагностику злокачественной патологии.

На краевую поликлинику возложен контроль организации детской госпитализации, в том числе с сосудистой патологией, что весомо повысило её эффективность. За последние 3 года в детскую краевую клиническую больницу было направлено 1412 детей, они вовремя получили медицинскую помощь.

Особо отмечу, что я и коллеги активно внедряем в практику работы отделения современные методы лечения: костно-пластические операции, трансплантацию, синус-лифтинг, дентальную имплантацию и др. Мы участвовали в разработке и реализации программы бесплатной помощи льготной категории населения с помощью мини-имплантатов. Успешно занимаемся отбором больных на высокотехнологическую медицинскую помощь по квотам Минздрава края, в 2012-2014 гг. было направлено 87 пациентов. И мы дальше будем расширять свои технологические возможности, оснащение поликлиники современным оборудованием позволяет это делать. Спасибо нашему Министерству здравоохранения за поддержку.

Да и коллектив отделения подобрался высокопрофессиональный. Из 10 врачей 6 имеют высшую квалификационную категорию. Нас, конечно же, волнует приток молодых кадров. Под моим руководством прошли обучение 87 интернов и ординаторов, защищены 3 кандидатские диссертации. Я являюсь профессором кафедры хирургической стоматологии Кубанского медицинского университета, членом диссертационного совета и мне не безразлично, какие молодые специалисты придут к нам на смену.

Развитие роли клинического потенциала, доступность и качество помощи, расширение приоритетных профилактических направлений в стоматологии, где мы при сегодняшнем оснащении можем быть лидерами – перспективы видятся мне именно таким образом.

«Скорая» нуждается не в оптимизации, а в усилении

Надежда ГОРБУНОВА – лучший врач скорой помощи, врач-кардиолог специализированной кардиологической реанимационной бригады Красноярской станции скорой медицинской помощи:

– Я работаю врачом уже 30 с лишним лет и всегда, каждому пациенту на вызове желаю скорейшего выздоровления. Мы с коллегами делаем это от души, учитывая специфику нашей работы и состояние наших больных.

Когда меня спрашивают, почему я так долго работаю на «скорой» и не хотелось ли мне оттуда «убежать», отвечаю: если бы хотелось, наверное, давно бы уже убежала. Работа действительно очень тяжёлая и эмоционально, и физически, но мне она нравится.

Большая нагрузка на кардиологические бригады закономерна, она объясняется высокой сердечно-сосудистой заболеваемостью населения. В Красноярске на «03» в среднем за сутки поступает от 7 до 13 вызовов для кардиореанимации, а иногда и больше, причём больные в основном тяжёлые. И потому к уровню профессионализма врачей «скорой» особые требования.

Чтобы этот уровень поддерживать высоким, мы на станции стараемся своевременно внедрять новые методы оказания помощи больным с сердечно-сосудистыми катастрофами на догоспитальном этапе, и даже участвуем в научных разработках и апробации новых российских диагностических тестов, даём свои заключения о показаниях к их применению. На протяжении нескольких лет активно и успешно используем метод тромболитической терапии. И хотя в настоящее время тактика оказания помощи на догоспитальном этапе меняется, потому что созданы специализированные сосудистые центры, мы продолжаем проводить тромболитизис в тех случаях, когда состояние больного требует этого, или когда предстоит транспортировка пациента на большое расстояние.

Тревожит тот факт, что не только меняется содержание работы кардиологических бригад, но и в связи с известными федеральными нормативными актами ставится под сомнение само их существование в структуре службы скорой медицинской помощи. Считаю это совершенно неоправданным. Чтобы доставить больного с инфарктом в сосудистый центр, необходимо сначала привести его в такое состояние, чтобы можно было транспортировать. Никакие фельдшеры, никакие парамедики не смогут справиться с этой задачей, если больной в состоянии кардиогенного шока, что бывает очень часто. В такой ситуации фельдшер всё равно вызывает на себя кардиореанимацию, в результате теряется драгоценное время.

Служба скорой помощи, по моему мнению, нуждается не столько в оптимизации, сколько в усилении. Прежде всего, необходимо уделить достаточное внимание формированию учебных программ, организации и финансированию подготовки врачей для работы в системе скорой помощи. И, конечно, создать нормальные условия для работы, потому что это очень тяжёлый труд. Я имею в виду достаточный штат специалистов и распределение нагрузки, чтобы люди не были вынуждены работать на износ. Ну и конечно, остаётся нерешённым вопрос безопасности работы на «скорой». Его необходимо, наконец, продумать, учитывая, что ЧП с участием наших коллег происходят с угрожающей регулярностью.

Нужен центр хирургии печени

Иван ПОРШЕННИКОВ – лучший хирург, заместитель главного врача Государственной Новосибирской областной клинической больницы, кандидат медицинских наук:

«Живи так, как будто ты умрёшь завтра. Учись так, как будто ты будешь жить вечно», – этим высказыванием Махатмы Ганди я оформил свою конкурсную работу. Данные слова очень хорошо отражают то отношение к работе, благодаря которому мы с

моими коллегами всего за 3 года достигли достаточно серьёзных результатов в реализации программы трансплантации печени на территории Новосибирской области. У нас сформировалась настоящая команда единомышленников – трансплантологи, сосудистые хирурги, анестезиологи-реаниматологи, трансфузиологи, высококвалифицированные медицинские сёстры – где каждый заинтересован в максимально высоком уровне и качестве лечения больных.

К настоящему времени в Новосибирской области проведено 75 операций по трансплантации печени, в том числе детям, включая 22 трансплантации фрагмента печени от живого родственного донора. Мы также выполняем большие и предельно допустимые резекции печени, гипотермические резекции печени. Занимаемся хирургическим лечением портальной гипертензии, в том числе у детей.

Наши пациенты – как правило, люди с целым комплексом сложнейших патологий. И всё же бывают клинические случаи, которые выделяются даже на этом фоне. Например, одной из первых наших пациенток была 19-летняя девушка, которая поступила в Новосибирскую областную больницу с диагнозом «эпителиоидная гемангиоэндоцелиома печени» в стадии тотального билобарного поражения с инвазией портальных и кавазных ворот, канцероматозом брюшной полости. Мы выполнили трансплантацию целой донорской печени, экстирпацию матки с придатками, тазовую перитонеумэктомию с расширенной лимфаденэктомией, удаление всех видимых метастазов в брюшной полости. Через 2,5 года после трансплантации признаков опухолевой прогрессии не обнаружено.

Или другой пример: 8-летняя девочка поступила к нам в крайне тяжёлом состоянии с фульминантной печёночной недостаточностью. Пациентка находилась в состоянии печёночной комы на искусственной вентиляции лёгких, уровень билирубина превышал 1000 мкмоль/л, не было коагуляции, олигоанурия. Требовалась экстренная трансплантация, и донором донора печени для ребёнка стала её мама. Это был невероятно тяжёлый случай, когда всего за полтора дня нам необходимо было обследовать родственного донора и подготовить его к операции. Через 36 часов от момента поступления девочки в клинику пересадка печени была выполнена.

Считаю ли я, что достиг в профессии всего, чего хотел? Конечно, нет. Ни один врач, даже на закате своей карьеры, не может сказать, что он всё умеет и ему уже ничего не интересно. Есть намерение организовать на базе Новосибирской областной больницы региональный центр хирургии печени. Мы считаем, что лечение пациентов, которым необходима трансплантация печени, сложные резекционные операции при объёмных опухолевых процессах или паразитарных поражениях, необходимо проводить не в разных учреждениях, а в одном, сосредоточив там ведущих специалистов и дорогостоящие технологии. Это и клинически, и экономически эффективнее. Мы уже проанализировали опыт работы подобных центров в России и за рубежом и планируем до конца года реализовать данный проект.

На уровне высших мировых стандартов

Пётр ПИРУМОВ – лучший фтизиатр, заведующий отделением – врач-пульмонолог Введенской городской клинической больницы (Санкт-Петербург), заслуженный врач РФ, кандидат медицинских наук:

– Конечно, мне приятно, что мой труд оценили столь высоко. Это очень дисциплинирует. Теперь надо ещё больше трудиться, проявлять внимания и заботы о пациентах, а самое главное – быть мастером, профессионалом. Хотя за плечами уже немалый путь. В течение 30 лет работы в Введенской клинической больнице старался внедрять новаторские методы лечения. В частности, впервые в России и СНГ ввёл в клиническую

практику метод общей криотерапии, за что меня поначалу подвергали обструкции. Также совместно с коллегами разработал и внедрил концепцию нового направления – интегративной, или комплексной медицины.

Главное достижение нашего коллектива в том, что совместно с НИИ пульмонологии на базе нашей больницы мы впервые в стране открыли городской пульмонологический центр. Смысл этого начинания в том, что та категория пациентов, которые прежде считались, по сути, безнадежными и были не в состоянии обходиться без кислородной терапии, предоставляемой в стационарных условиях, теперь получила возможность для более полноценной и качественной жизни.

Мы разработали диагностический комплекс и бесплатно предоставляем таким пациентам компактные кислородные концентраторы. В результате, как и в цивилизованных странах, огромная масса людей уже не прибегает к услугам стационара, а может в домашних условиях получать кислородную терапию. Это очень своевременно, ведь болезни органов дыхания по обращаемости сегодня выходят на первое место. Кроме этого, хронические заболевания органов дыхания заняли печально «почётное» третье место по причинам смертности. По собственному опыту могу прогнозировать, что в ближайшем будущем с увеличением продолжительности жизни людей такие патологии могут переместиться на второе место. Наши специалисты научились лечить на уровне высших мировых стандартов и астму, и ХОБЛ и т.д. У нас уже практически нет случаев астматических статусов. Мы действительно шагнули далеко вперёд. Этот прорыв вполне можно сравнить, например, с операциями ангиопластики и аортокоронарного шунтирования в лечении ИБС. Также в рамках пульмонологической школы, которая действует на базе нашего центра, мы обучаем всех врачей умению правильно поставить диагноз, используя, в частности, исследование функции внешнего дыхания. Если вовремя диагностировать лёгочную патологию, сохраняется точка возврата. И наша задача – научить всех врачей, чтобы этот метод исследования стал рутинным в их практике.

Предстоит немало потрудиться

Людмила НАУМОВА – лучший инфекционист, заместитель главного врача Пермской краевой инфекционной клинической больницы, заслуженный врач РФ:

– Конкурс «Лучший врач года» считаю очень нужным и важным мероприятием. Он демонстрирует значимость профессии врача. При этом, что на церемонии награждения царил тёплый, доброжелательный атмосфера.

Хотя до всероссийского признания я заняла первое место в аналогичном конкурсе по Пермскому краю, не считаю себя лучше других. В профессии я уже 48 лет, 25 из них – в должности заместителя главного врача. Для участия в конкурсе подготовила отчёт о своей деятельности за прошедшие 3 года. В качестве главного инфекциониста Управления здравоохранения Перми только за прошедший год выступила с 42 лекциями, организовала и провела множество конференций и консультаций. Это будни моей работы. Актуальной считаю такую составляющую своей деятельности, как профилактика.

Показатели инфекционной заболеваемости в нашем регионе находятся примерно на одном уровне с небольшими сезонными колебаниями (грипп, ОРЗ, ОРВИ, клещевой энцефалит и т.д.). Удаётся не допускать больших всплесков. Тем не менее в крае довольно высок уровень заболеваемости кишечными инфекциями, поднимают голову вирусные инфекции среди детей в возрасте до 3 лет и, конечно, наш бич – это ВИЧ-инфекция. Показатели заболеваемости и летальности среди таких пациентов достаточно высоки. Считаю, что эту проблему система здравоохранения должна решать в первую очередь. Пока же такая работа в рамках всей страны проводится недостаточно.

Поскольку я человек неравнодушный, озвучиваю проблемы и предлагаю пути их решения во время проведения научно-практических конференций, посвящённых актуальным вопросам инфекционной патологии.

(Окончание на стр. 6-7)

(Окончание. Начало на стр. 4-5.)

К сожалению, на наши городские и краевые конференции редко приезжают видные инфекционисты из Санкт-Петербурга и Москвы. А это так важно, чтобы провинциальные врачи имели возможность познакомиться с мнением уважаемых специалистов, учёных и практиков.

Сегодня перед нашей службой немало проблем. Например, в скором времени, уже с начала будущего года, начнётся проведение аккредитации медицинских работников. Организационно мы не готовы к ней, в этом больше вопросов и почти нет ответов.

Являясь членом профильной комиссии Минздрава России по специальности «инфекционные болезни», принимаю активное участие в разработке стандартов. Надо отметить, что многое мы изменили, причём в лучшую сторону. Однако проблемы остаются. Утверждённые в прежние годы стандарты быстро устаревают. Над этой острой проблемой нам предстоит немало потрудиться.

Самая важная на земле

Раиса МЕРЯСЕВА – лучший кардиолог, заведующая отделением Нижнекамской центральной районной многопрофильной больницы, Республика Татарстан, заслуженный врач РФ:

– В нашей больнице в 1985 г. было создано одно из первых в Татарстане отделение кардиореанимации на базе кардиологического отделения. Результаты не заставили себя ждать: вскоре смертность в Нижнекамской ЦРБ стала одной из самых низких в республике и России в целом. Сегодня наше кардиологическое отделение проводит обследования и лечение больных на уровне ведущих кардиологических клиник Татарстана и России, здесь создана школа для больных гипертонической болезнью.

Город наш, оказавший мне высокую честь быть его почётным гражданином, – сравнительно небольшой, все на виду. Поэтому для многих любой врач становится семейным: нужно ведь не только работать с пациентом, обучая его и вселяя веру в благополучный исход, но и с его родственниками. Количество пациентов, которых удалось вернуть к жизни за почти 30 лет работы кардиологом, уже перевалило за несколько тысяч...

Правда, сейчас на фоне многих других проблем появилась ещё одна: дженерики, которые предписано применять в терапевтической практике. Опыт показал недостаточную эффективность гипотензивных препаратов российского производства. Этот вопрос надо решать на государственном уровне!

Известно: одним из важных факторов, влияющих на развитие сердечно-сосудистых заболеваний, является курение. В своё время я задумалась, как с этим бороться. Разработала специальную методику, оказавшуюся успешной: около 30% курящих пациентов отказываются от этой вредной привычки после проведения обследования и беседы. Особенно впечатляет пациентов, когда показываю им на снимке атеросклеротическое поражение стенок устья аорты, и объясняю, что это ведёт к инфарктам и инсультам. Получается доходчиво...

Я в профессии с 1976 г., но по-прежнему влюблена в работу, считаю её самой важной на земле...

Нельзя очерстветь

Рафида ФАЙЗУЛИНА – лучший анестезиолог-реаниматолог, врач-анестезиолог-реаниматолог Кулундинской ЦРБ, Алтайский край:



– Узнав о своей победе, я очень удивилась: стать лучшей среди коллег со всей страны никак не ожидала. Ведь я – рядовой сельский врач, хотя и с большим опытом работы – 27 лет.

Мне кажется, в работе сельских врачей больше ощущается ответственность за каждое решение, действие, ведь

именно от него зависит жизнь пациента. Тут особенно важно работать одной командой. В отделении реанимации персонал должен понимать врача с полуслова, с полужеста, особенно, когда для спасения человека важна каждая минута. Я рада, что в нашем отделении такая команда сложилась.

В центре внимания

Врачебные победы

Считается, что анестезиолог-реаниматолог – специальность, прямо скажем, не женская. Действительно, бывает физически тяжело. Но основная нагрузка всё же приходится на психику: непросто выдерживать постоянное напряжение, быть в состоянии стресса, ожидания очередного тяжёлого клинического случая, видеть глаза родственников пациента, умоляющие о его спасении. К этому привыкнуть невозможно, особенно когда дело касается детей. И очерстветь нельзя. Мне кажется, что у врача должно быть, прежде всего, сострадание к больному. Врач – не машина по спасению. В нашей работе важно и сочувствие, и доброе слово. Если этого нет, то и польза от лечения не большая.

Мой долг – служить Родине

Александр ШАБАЛИН – лучший военный врач, ведущий хирург Главного военного клинического госпиталя внутренних войск МВД России:

– Вся моя жизнь связана с армией. После окончания Рязанского медицинского университета был призван в её ряды, прошёл нелёгкий путь, выполняя служебно-боевые задачи. Опыт приходил с годами, показал себя хорошим хирургом, организатором, оказывая хирургическую помощь в боевой обстановке, в районах боевых действий. Во время служебных командировок лично выполнил более 300 операций раненым, больным с неотложными хирургическими заболеваниями. Трудно рассказать обо всём, что пришлось пережить при организации и оказании помощи при массовом поступлении раненых в районах вооружённых конфликтов, отработке вопросов их эвакуации, которые, кстати, показали свою высокую эффективность и применяются и в настоящее время!

За 19 лет нелёгкой хирургической работы накоплен интересный опыт подготовки по военно-полевой, абдоминальной, торакальной хирургии, травматологии. Успел защитить кандидатскую диссертацию, стать автором и соавтором 50 научных публикаций, разработал и внедрил в клиническую практику способ лечения множественных переломов рёбер и грудины с помощью предложенного оригинального аппарата. Всеми своими успехами, полагаю, обязан своему главному клиническому госпиталю МВД РФ, в стенах которого вырос, коллектив которого и отличная медицинская служба внутренних войск определили всю мою профессиональную жизнь.

Только за последние 3 года выполнил 1187 операций, владею широким спектром открытых, эндоскопических, миниинвазивных вмешательств. Служить Родине, по моему убеждению, это не только почётно, это ежедневно, ежечасно выполнять свой долг и ту присягу, которую я дал ещё в молодости.

Награда на всю жизнь

Галина ЧИЖОВА – лучший акушер-гинеколог, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии Института повышения квалификации специалистов здравоохранения Минздрава Хабаровского края, доктор медицинских наук, профессор:



– То, что меня признали победителем конкурса, большая радость, определённый итог. Одно дело – благодарность пациентов и другое – когда тебе коллеги говорят, что ты в этом году лучший в профессии. Столь высокая оценка дорого стоит. Безусловно, за

этой победой – труд всей нашей службы родовспоможения и детства. Хабаровский край – особый, у нас сложно работать, но мы очень резко снизили младенческую смертность, улучшили и другие показатели.

У нас получают подготовку специалисты не только Хабаровского края, но и Сахалина, Камчатки и других территорий. Воспитала 22 кандидата и 3 доктора наук. И, невзирая на



Мгновения славы на сцене

такую занятость, продолжаю практиковать и консультировать. На уровне своего региона выполняю максимально сложные акушерско-гинекологические операции, которые считаются штучными и даже относятся к высокотехнологичной медицинской помощи, скажем, реконструктивно-пластические операции при аномалиях развития половых органов, например, искусственное создание влагалища у девочек с врождённым пороком. Все urgentные акушерские ситуации тоже не остаются без моего внимания. Пожалуй, нет такого уголка в Хабаровском крае, куда бы я ни летала по санавиации и где бы ни оперировала на месте. Я являюсь главным акушером-гинекологом краевого Минздрава и все трудные, близкие к критическим случаи проходят через меня. Наверное, меня можно назвать играющим тренером, стараюсь охватить и то, и другое, и третье. Видимо, такой симбиоз практики, науки и теории и позволил мне в этом году победить.

Знаю, что в числе претендентов на победу было много маститых и высокопрофессиональных коллег. Удача улыбнулась мне. В этом году я – лауреат. В следующем я с удовольствием поздравлю того, кто станет лучшим, потому что за ним можно тянуться. Для меня это награда на всю жизнь, а для моих коллег это возможно быть лучшим ежегодно. Думаю, Минздрав России, наш профсоюз и «Медицинская газета» поступили правильно, организовав такой конкурс, сделав для нас такой профессиональный праздник (помимо Дня медицинского работника).

Больница – мой второй дом

Наталья МАЛЫШЕВА – лучший педиатр, заведующая отделением Архангельской детской клинической больницы:

– Мама назвала меня в честь своей тётки, которая всю войну прошла хирургом. Наверное, уже этим была предначертана моя судьба. Ещё в детстве знала, что буду врачом, поэтому поступила в Архангельский медицинский институт. После окончания интернатуры предложили остаться в областной детской больнице (видимо, усмотрели во мне какой-то потенциал), за что я очень благодарна. С тех пор, с 1991 г., я – здесь. Сначала работала педиатром в хирургическом отделении, а потом судьба привела к детской нефрологии.

Больница – мой второй дом. Я бегу на работу, несу туда с дачи цветы, находясь в отпуске, приезжаю в отделение. Это уже часть моей семьи. Не скрою, приятно, когда родители, выписываясь, говорят: «Спасибо за домашнюю обстановку, которую создали в отделении. Мы такого отношения ещё не встречали». Приятно и когда они, возвращаясь из федеральных центров, куда приходится порой отправлять детей с нефрологической патологией, рассказывают: «Вы нас лечили совершенно верно, вас там похвалили» или «Порекомендовали лечиться в Архангельске, сказав, что в больнице сильные врачи, всё делают правильно». Это тоже оценка нашего профессионального уровня.

Но победа во всероссийском конкурсе приятна вдвойне (хотя прекрасно понимаю, что есть много людей, более достойных,

чем я). Даже если б я заняла не первое, а, например, третье место, всё равно была бы счастлива не менее. Потому что это признание твоего труда, твоей профессии. Да, у меня не всё получалось, случались и поражения. Но я всегда была честной с пациентами и их родителями, помня наказ мамы: «Поступай так, как бы ты хотела, чтобы поступали с тобой». Вот тогда находилось время, чтобы лишний раз заглянуть в палату к тяжелобольному, сказать важные слова для родителей ребёнка. Умение убеждать, сострадать, поддерживать – неотъемлемая часть профессии. Но главное – быть честной. Если предстоит какие-то болезненные процедуры, я не стану говорить, что это ерунда, а подготовлю ребёнка, расскажу о них. Если всё плохо, не буду вселять ложных иллюзий, но в то же время не лишу пациента веры и надежды.

Вот уже 5 лет возглавляю соматическое отделение № 3. Показатели работы хорошие, потому что у нас грамотные доктора и медицинские сёстры. Сама стараюсь посещать конгрессы, конференции и докторов отправляю, чтобы все были в курсе последних новостей медицины. Для меня работа в радость. Чувствую себя на своём месте.

С творческим подходом

Ирина РУМЯНЦЕВА – лучший врач по диагностическим исследованиям, заведующая отделением лучевой диагностики Санкт-Петербургского консультативно-диагностического центра для детей, кандидат медицинских наук:



– Мне сложно оценивать свои достижения на профессиональном поприще. Замечу лишь, что нынешней премии предшествовала другая: «Лучший врач Санкт-Петербурга», которой я удостоилась в прошлом году. Тем не менее я полагаю, что эти две награды являются неким

авансом, мотивирующим меня на дальнейшее профессиональное развитие. А вообще я давно нашла свою главную награду в ежедневном труде. Удалось мне это благодаря творческому, а не формальному подходу к моей работе. Лучевая диагностика, наряду с прочими, – постоянно развивающаяся клиническая специализация. Без регулярного самообразования я бы не росла по профессиональной (не путать с карьерной) лестнице.

Думаю, что полноправное отношение к полученной мною премии имеют все мои учителя и коллеги. Без их неравнодушного участия в моей судьбе было бы сложно чего-то достичь. Также мне бы хотелось пожелать молодым врачам, прежде всего, любить свою работу и искать награду в

лёгкими не бывают

ежедневном, порой рутинном, труде. Только любя свою профессию можно достичь чего-то значимого.

Не жалею сил

Любовь ГОРДЕЕВА – лучший участковый педиатр, участковый педиатр городской поликлиники № 5 Тюмени:



– Участковым педиатром тружусь 42 года, из них – 32 года на одном участке, на нём и живу. Люблю свою работу. Предана пациентам, хочу, чтобы они меньше болели. Как могу, борюсь за то, чтобы предотвратить заболеваемость, инвалидность и смертность. Много

внимания уделяю вакцинопрофилактике, веду постоянную разъяснительную работу с родителями, ведь от своевременной иммунизации зависит здоровье и жизнь не только конкретного ребёнка, но и окружающих его детей. Убеждая в необходимости прививок, часто привожу примеры из собственной практики. В 70-е годы в Тюменской области была большая вспышка кори. Я видела, как тяжело болели дети. А потом видела, как на глазах всё переменялось, после выхода закона о 100-процентной вакцинации против этой инфекции.

Профилактика – главное в работе участкового педиатра. Считаю своей заслугой низкую детскую смертность. За последние 5 лет на участке не было ни одного случая гибели детей. Не жалею сил на то, чтобы лишний раз осмотреть ребёнка, навестить новорождённого.

Конечно, на плечи участкового доктора, помимо общения с пациентом, ложится много других хлопот. Справляться с ними сейчас помогает компьютеризация. Улучшились условия труда, работаем в новой поликлинике с просторными кабинетами для врачей, красивыми холлами для ребятишек. Друг к другу в коллективе относимся с пониманием.

Считаю победу в конкурсе заслугой всего коллектива. Это он меня воспитал, научил быть преданной профессии, ответственно подходить к делу. Видя, сколько я тружусь, коллеги назвали награду заслуженной. Радовались за меня и вместе со мной. Признаться, ведь о победе в первый момент восприняла с неким недоверием. Осознала лишь тогда, когда сослуживцы и мамочки моих пациентов стали поздравлять, нести цветы.

Мне нравится работать. Пока работаю – живу.

Помочь устоять

Людмила ЛЕСИНА – лучший психиатр, заведующая отделением медико-социальной реабилитации Сызранского наркологического диспансера:

– Победа в конкурсе для меня – это определённый успех, признание моего профессионального мастерства. Это вершина творческого пути. Первое место – высокая

оценка, о которой можно только мечтать. И вот эта мечта осуществилась. Не скрою, что встать на сцену, принять поздравления – это очень волнительно, но и радостно. Значит, не зря пройден профессиональный путь – 36 лет работы в медицине. К этому меня вела длинная тернистая дорога.

Выбор профессии был сформирован ещё в школьные годы. Много читала о выдающихся врачах русской и советской медицины. Окончательно пришла к медицине, прочитав трилогию Ю.Германа, всегда старалась помочь больному, проявлять сострадание, вселять веру в выздоровление.

Более 25 лет работаю психиатром-наркологом. Работа трудная, кропотливая. Ведь многие наши пациенты в ходе болезни становятся «слепыми» при сохранном зрении, «глухими», бесчувственными, теряют надежду на выздоровление.

И, возлагая большую ответственность в формировании новой личности больного, помогая ему научиться всё чувствовать с новой силой, замечать тёплые солнца, голубое небо, звуки природы, краски жизни, получаю огромную радость, что я на правильном пути. Протянуть руку помощи, помочь устоять в тяжёлых жизненных испытаниях и научить сделать оптимальный выбор в выздоровлении, осознать своё предназначение в жизни – задачи, которые приходится решать постоянно с нашими больными. Научиться побеждать, не отступать от достигнутого, переживать чужую боль и неудачу как свою и всё время вести за собой, побеждая вершины.

Более 10 лет возглавляю отделение реабилитации в наркологическом диспансере. Есть много успешных показателей, но самая большая оценка в труде – это радость в глазах больного и его родственников, ставших на путь трезвости, восстановление семьи, работы.

Участие в конкурсе помогает исправлять свои ошибки

Наталья БЫКОВА – лучший эндокринолог, заведующая отделением эндокринологии Иркутской городской клинической больницы № 10:



– Мой стаж работы в эндокринологии – более 20 лет. И сегодня могу сказать, что помимо профессионализма врач должен обладать определённым набором душевных качеств. К сожалению, мы не всегда можем улучшить, а тем более вернуть физическое здоровье больному, но помочь

восстановить душевное равновесие при любом физическом состоянии очень часто в наших силах.



Вот лишь один из примеров. В конце 90-х годов в связи с развитием новых лучевых методов диагностики в нашей практике стали чаще выявляться опухоли надпочечников у пациентов, которым проводили исследования, не связанные с этой патологией. Изучение данного явления стало предметом моего научного изыскания. Многолетний опыт работы с такими пациентами был обобщён, и в 2002 г. мной была защищена кандидатская диссертация на тему «Артериальная гипертензия у больных с «гормонально неактивными» опухолями надпочечников (клинико-патогенетическая характеристика)».

После защиты диссертации работа была продолжена, с группой соавторов нами был разработан алгоритм диагностики и динамического наблюдения за такими больными. За прошедшие годы около тысячи пациентов, напуганных случайно выявленными опухолями надпочечников, были обследованы по данным алгоритмам и, следуя нашим рекомендациям, вернули физическое здоровье и духовное равновесие. Таким образом, были во многом решены вопросы курации больных с инцидентальными надпочечниками.

Конечно, наиболее многочисленной группой наших пациентов являются больные сахарным диабетом 1-го и 2-го типа. В последнее время практически каждая женщина с диабетом хочет иметь одного, а иногда и двух детей. Несколько раз за беременность они наблюдаются в нашем отделении, при необходимости врачи выезжают в роддом для консультации своих пациенток. Конечно, эти женщины становятся нам родными, мы и в дальнейшем помогаем им в управлении их заболеванием.

Приняв участие в конкурсе, я, конечно, надеялась на победу, но когда увидела свою фамилию на сайте Минздрава в списке победителей, то... растерялась. Считаю, организация такого конкурса является очень важным и нужным для нас, врачей. Участие в нём помогает анализировать свою работу, исправлять ошибки, стимулирует к совершенствованию профессии в целом и, конечно, повышают самооценку в частности.

Для успеха нужна хорошая репутация

Ильсояр ТАГИРОВА – лучший сельский врач, заведующая отделением Нурлатской участковой больницы, Республика Татарстан:

– По образованию я педиатр. Первые шаги в профессии после окончания Казанского медицинского института сделала в Германии, по месту службы мужа, где наблюдала всех детей военного гарнизона, затем продолжила работу в Нурлатской участковой больнице педиатром: приём в поликлинике, стационар, родильный дом, ночные дежурства...

Работая в Одесской области, приобрела специализацию оториноларинголога. Когда муж ушёл в отставку, вернулись в родное село. Я, как и прежде, была востребована в участковой больнице. Тогда решила освоить ещё одну специальность – офтальмолога. На селе иметь несколько специальностей очень немаловажный фактор.

При Нурлатской участковой больнице функционируют 23 ФАПа. Регулярно выезжала в пункты, осматривала и детей и взрослых, назначала лечение. И тут ввели новую должность – врача общей практики. Подумала, что это как раз для меня. Ведь у меня 3 сертификата: врача-педиатра, офтальмолога, оториноларинголога. Мне дали врачебный участок – 2,5 тыс. человек, в него входили 6 ФАПов и 6 уллиц с. Нурлаты.

В заботах о здоровье сельчан прошло 2 года, а осенью 2008 г. меня назначили главным врачом Нурлатской участковой больницы. Сообщение с ЦРБ летом – через паромную переправу 50 км, по автомобильному мосту – 100. Зимой – по ледовой переправе через Волгу. Обслуживает Нурлатская участковая больница более 9,5 тыс. населения, которые проживают в 40 населённых пунктах.

Как главный врач решала вопросы приобретения нового оборудования, ремонта помещений, обновления парка машин «скорой». В прошлом году и в нынешнем установлены 4 модульных ФАПа. Люди на селе тоже долж-

ны получать своевременную квалифицированную и доступную медицинскую помощь. В нашей больнице все врачи высококвалифицированные специалисты, думающие, с душой относящиеся к своей нелёгкой профессии. Очень сильный средний медицинский персонал – грамотные, ответственные.

Наш главный принцип – предоставлять качественную помощь, чтобы человек остался доволен обследованием и лечением. А хорошая репутация – это одна из составляющих успеха. И то, что я стала лучшим сельским врачом во всероссийском конкурсе – «вина» всего коллектива Нурлатской участковой больницы.

Заслуга всех моих коллег

Леонид СОЛДАТОВ – лучший офтальмолог, врач высшей категории Красноярской краевой офтальмологической клинической больницы им. П.Г.Макарова:



– В краевой офтальмологической работой уже 38 лет. Более 90% моей врачебной активности приходится на хирургию. Владею самыми современными методами удаления катаракты, например факэмульсификацией – аппаратным ультразвуковым методом удаления мутного хрусталика и заменой его искусственным.

По своему профилю наша больница в Красноярском крае является ведущей, второй такой нет. По количеству выполняемых операций и по их сложности мы превосходим другие учреждения в разы. Главный врач Ильенков Станислав Станиславович делает всё от него зависящее, чтобы у нас внедрялись самые современные медицинские технологии.

Эта победа для меня стала знаковым и одним из самых запоминающихся событий в трудовой биографии. В такой номинации у нас ещё никто не побеждал. Первое место в конкурсе – заслуга всех моих коллег. Ведь операция делается коллективно. В ней принимают участие и врачи-анестезиологи, и медицинские сёстры и санитарочки. Без них всё это было бы невозможным. Самым проблемным моментом на данном этапе считаю недостаток финансирования, который не даёт возможности желаемыми темпами продвигаться вперёд по нашим направлениям и усиливать их. Клиника прекрасно оснащена, но у нас очень дорогие расходные материалы. Если их нет, аппаратура стоит. Увы, кризис сейчас испытывают все, мы с пониманием к этому относимся и надеемся на лучшие времена.

Работаем в одной связке

Ираида ПЕРМИНОВА – лучший врач медицинской реабилитации, заведующая физиотерапевтическим отделением Пермского краевого противотуберкулёзного клинического диспансера, кандидат медицинских наук:

– Думаю, эта премия – оценка всего моего трудового пути. Помимо работы в качестве заведующей отделением и врача-физиотерапевта, я веду научную деятельность, имею публикации, преподаю студентам. Коллектив у нас в диспансере дружный, работаем в одной связке.

Что касается трудностей, то их хватает. Они связаны как с общей ситуацией в нашем здравоохранении, так и конкретно с положением дел в области туберкулёза. Сейчас это заболевание протекает крайне тяжело, увеличивается лекарственная устойчивость микобактерий, много сопутствующих заболеваний (ВИЧ-инфекция и др.). Медицинской техникой и оборудованием мы практически обеспечены. Всё необходимое, может, не одномоментно, но приобретается. Здесь я проблемы не вижу. Но хочется, чтобы и федеральные, и региональные власти уделяли туберкулёзу ещё больше внимания, по крайней мере не меньше, чем сердечно-сосудистым заболеваниям и онкопатологии. Туберкулёз – болезнь отнюдь не только асоциальных элементов, как это многим кажется, но и самых благополучных людей с положением, уважением и со средствами. Смертность от него сейчас растёт. Хочется, чтобы и финансирование службы увеличивалось, и чтобы мы чувствовали министерскую руку на нашем фтизиатрическом пульсе.

Фото Александра ХУДАСОВА и Юрия ЛУНЬКОВА.



Радость победителей

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 73 (1925)

Терапия ХОБЛ стабильного течения
Основная задача лечения – предупреждение прогрессирования заболевания. Цели лечения выглядят следующим образом (см. табл. 2).

- Основные направления лечения:**
- 1. Нефармакологическое воздействие
 - Снижение влияния факторов риска.
 - Образовательные программы.
 - 2. Медикаментозное лечение
- Нефармакологические методы воздействия представлены в таблице 3.

У больных с тяжёлым течением заболевания (GOLD 2-4) в качестве необходимой меры должна применяться лёгочная реабилитация.

Медикаментозное лечение
Выбор объёма фармакологической терапии основывается на выраженности клинических симптомов, величине постбронходилататорного ОФВ₁, и частоте обострений заболевания.

Длительная кислородотерапия
Одним из наиболее тяжёлых осложнений ХОБЛ является хроническая дыхательная недостаточность (ХДН). ХДН развивается на поздних (терминальных) стадиях ХОБЛ, и главным признаком ХДН служит развитие гипоксемии, то есть снижение содержания кислорода в артериальной крови. Коррекция гипоксемии с помощью кислорода – наиболее патофизиологически обоснованный метод терапии ХДН. В отличие от ряда неотложных состояний (пневмония, отёк лёгких, травма), использование кислорода у больных с хронической гипоксемией

Задачей кислородотерапии является коррекция гипоксемии и достижение значений PaO₂ > 60 мм рт.ст. и SaO₂ > 90%. ДКТ не показана больным ХОБЛ:

- продолжающим курить;
- не получающих адекватную медикаментозную терапию, направленную на контроль течения ХОБЛ (бронходилататоры, ингаляционные кортикостероиды и т.д.);
- недостаточно мотивированным для данного вида терапии.

Большинству больных ХОБЛ рекомендуется поток O₂ 1-2 л/мин, хотя, конечно у наиболее тяжёлых больных поток может быть увеличен и до 4-5 л/мин. На основании данных приведённых исследований MRC и NOTT показано проведение ДКТ не менее 15 часов в сутки [A]. Максимальные перерывы

циональных изменений у больных ХОБЛ лежат необратимые структурные изменения, респираторная поддержка, как и в случае с ДКТ, должна проводиться длительно, на постоянной основе, в домашних условиях. Длительная домашняя вентиляция лёгких (ДДВЛ) – метод долговременной респираторной поддержки больных со стабильным течением ХДН и не нуждающихся в интенсивной терапии.

● Использование ДДВЛ у больных ХОБЛ сопровождается рядом положительных патофизиологических эффектов, основными из которых являются улучшение показателей газообмена – повышение PaO₂ и снижение PaCO₂ [A], улучшение функции дыхательных мышц [B], повышение переносимости физических нагрузок [A], улучшение качества сна [B], уменьшение лёгочной гиперинфляции [B].

Показания к ДДВЛ у больных ХОБЛ:

- Наличие симптомов ДН: слабость, одышка, утрение головные боли
- Наличие одного из следующих показателей:
PaCO₂ > 55 мм рт.ст.;
PaCO₂ 50-54 мм рт.ст. и эпизоды ночных

высокую утечку, однако данные аппараты, как правило, не обладают теми возможностями мониторинга и тревог, что есть у «реанимационных» респираторов. Большинство портативных респираторов используют одиночный контур (инспираторный), эвакуация выдыхаемого дыхательного объёма осуществляется через клапан выдоха или специальные отверстия в маске или контуре.

Хирургическое лечение:
Операция уменьшения объёма лёгкого (ОУОЛ) и трансплантация лёгких.
Операция ОУОЛ проводится путём удаления части лёгкого для уменьшения гиперинфляции и достижения более эффективной насосной работы респираторных мышц. Её применение осуществляется у пациентов с верхнедолевой эмфиземой и низкой переносимостью физической нагрузки.
Трансплантация лёгкого может улучшить качество жизни и функциональные показатели у тщательно отобранных больных с очень тяжёлым течением ХОБЛ. Критериями отбора считаются ОФВ₁ < 25% от должной величины, PaO₂ < 55 мм рт.ст., PaCO₂ > 50 мм рт.ст. при дыхании комнатным воздухом и лёгочная гипертензия (Ppa > 40 мм рт.ст.).

Диагностика и лечение хронической обструктивной болезни лёгких

Федеральные клинические рекомендации Минздрава России

Основные цели лечения	
Краткосрочные цели (снижение выраженности симптомов)	Долгосрочные цели (снижение риска)
Облегчение симптомов	Предотвращение прогрессирования заболевания
Улучшение переносимости физической нагрузки	Предотвращение и лечение обострений
Улучшение качества жизни	Снижение смертности

Нефармакологические методы воздействия			
Группа пациентов	Основные (активные меры)	Рекомендуемые	В зависимости от региональных программ
Больные ХОБЛ всех степеней тяжести	Отказ от курения (с возможным применением фармакологических методов)	Физическая активность	Вакцинация против гриппа и пневмококковой инфекции

должно быть постоянным, длительным и, как правило, проводиться в домашних условиях, поэтому такая форма терапии называется длительной кислородотерапией (ДКТ). Гипоксемия не только сокращает жизнь больных ХОБЛ, но обладает и другими существенными неблагоприятными последствиями: ухудшением качества жизни, развитием полицитемии, повышением риска сердечных аритмий во время сна, развитием и прогрессированием лёгочной гипертензии. ДКТ позволяет уменьшить или устранить все эти негативные эффекты гипоксемии.

Длительная кислородотерапия на сегодняшний день является одним из немногих методов терапии, способных снизить летальность больных ХОБЛ.

Перед назначением больным ДКТ необходимо также убедиться, что возможности медикаментозной терапии исчерпаны и максимально возможная терапия не приводит к повышению PaO₂ выше пограничных значений.

Показания к длительной кислородотерапии представлены в таблице 4. Следует подчеркнуть, что наличие клинических признаков лёгочного сердца предполагает более раннее назначение ДКТ.

Параметры газообмена, на которых основываются показания к ДКТ, должны оцениваться только во время стабильного состояния больных, то есть через 3-4 недели после обострения ХОБЛ [C], так как именно такое время требуется для восстановления газообмена и кислородного транспорта после периода ОДН.

между сеансами O₂-терапии не должны превышать 2 часов подряд.

Таким образом, длительное назначение кислорода (> 15 часов в день) увеличивает выживаемость у больных с хронической дыхательной недостаточностью и выраженной гипоксемией в покое (B, 2++).

Для проведения ДКТ в домашних условиях сегодня в основном используют автономные источники – концентраторы кислорода. В основе их работы лежит принцип разделения воздуха на кислород и азот при прохождении его через «молекулярное сито» – цеолитовый или алюмосиликатовый фильтры.

Длительная домашняя вентиляция лёгких

Гиперкапния (т.е. повышение PaCO₂ ≥ 45 мм рт.ст.) является маркёром снижения вентиляционного резерва при терминальных стадиях лёгочных заболеваний и также служит отрицательным прогностическим фактором для больных ХОБЛ. Ночная гиперкапния изменяет чувствительность дыхательного центра к СО₂ (ресеттинг), приводя к более высокому уровню PaCO₂ и в дневное время, что имеет негативные последствия для функции сердца, головного мозга и дыхательных мышц. Дисфункция дыхательной мускулатуры в сочетании с высокой резистивной, эластичной и пороговой нагрузкой на аппарат дыхания ещё более усугубляет гиперкапнию у больных ХОБЛ, таким образом развивается «порочный круг», разорвать который может только проведение респираторной поддержки (вентиляции лёгких).

Учитывая тот факт, что в основе функ-

десатураций (SaO₂ < 88% в течение более 5 минут во время O₂-терапии 2 л/мин); PaCO₂ 50-54 мм рт.ст. и частые госпитализации вследствие развития повторных обострений (2 и более госпитализаций за 12 месяцев).

Как правило, при проведении ДДВЛ пациенты используют респираторы в ночное время и, возможно, несколько часов в дневное время [B]. Параметры вентиляции обычно подбирают в условиях стационара, а затем проводится регулярное наблюдение за пациентами и обслуживание аппаратуры специалистами на дому. Обычно при проведении ДДВЛ у больных ХОБЛ требуется дополнительная подача кислорода из кислородного концентратора или из резервуаров с жидким кислородом. Критерии дозирования O₂ такие же, как при ДКТ (PaO₂ > 60 мм рт.ст. и SaO₂ > 90%).

Комбинация ДДВЛ с длительной кислородотерапией может быть эффективна у отдельных больных, особенно при наличии явной гиперкапнии в дневное время.

Противопоказания к ДДВЛ у больных ХОБЛ:

- тяжёлые расстройства глотания и неспособность контролировать откашливание (для масочной вентиляции);
- плохая мотивация и неадекватный compliance больных;
- ажитация;
- тяжёлые когнитивные расстройства;
- потребность в постоянной (около 24 ч в сутки) респираторной поддержке;
- недостаточность финансовых или страховых ресурсов;
- отсутствие поддержки больного медицинскими учреждениями.

Техническое обеспечение длительной домашней вентиляции лёгких

В домашних условиях используются преимущественно портативные респираторы. Общими чертами портативных респираторов является их малый размер, низкая стоимость, простота настройки, возможность эффективно компенсировать даже

Обострение ХОБЛ
Определение и значение обострений ХОБЛ

Развитие обострений является характерной чертой течения ХОБЛ. Согласно определению GOLD (2013), «обострение ХОБЛ – это острое событие, характеризующееся ухудшением респираторных симптомов, которое выходит за рамки их обычных ежедневных колебаний и приводит к изменению режима используемой терапии».

Обострение ХОБЛ является одной из самых частых причин обращения больных за неотложной медицинской помощью. Частое развитие обострений у больных ХОБЛ приводит к длительному ухудшению (до нескольких недель) показателей функции дыхания и газообмена, более быстрому прогрессированию заболевания, к значимому снижению качества жизни больных и сопряжено с существенными экономическими расходами на лечение. Более того, обострения ХОБЛ приводят к декомпенсации сопутствующих хронических заболеваний. Тяжёлые обострения ХОБЛ является основной причиной смерти больных. В первые 5 дней от начала развития обострений риск развития острого инфаркта миокарда повышается более чем в 2 раза.

Классификация обострений ХОБЛ

Одна из наиболее известных классификаций тяжести обострений ХОБЛ, предложенная Рабочей группой по определению обострений ХОБЛ, представлена в таблице 5. Steer и соавт. разработали новую шкалу для оценки прогноза пациентов с обострением ХОБЛ, госпитализированных в стационар. Выделено 5 наиболее сильных предикторов летального исхода: выраженность одышки по шкале eMRCd, эозинопения периферической крови (<0,05 клеток × 10⁹/л), признаки консолидации паренхимы лёгких по данным рентгенографии грудной клетки, ацидоз крови (pH <7,3) и мерцательная аритмия.

Данная шкала продемонстрировала отличную дискриминационную способность для предсказания летального исхода во время обострения ХОБЛ.

Показания к длительной кислородотерапии			
Показания	PaO ₂ (мм рт.ст.)	SaO ₂ (%)	Особые условия
Абсолютные	≤ 55	≤ 88	Нет
Относительные (при наличии особых условий)	55-59	89	Лёгочное сердце, отёки, полицитемия (Ht > 55%)
Нет показаний (за исключением особых условий)	≥ 60	≥ 90	Десатурация при нагрузке Десатурация во время сна Болезнь лёгких с тяжёлым диспноэ, уменьшающимся на фоне O ₂

Таблица 5

Классификация тяжести обострения ХОБЛ

Тяжесть	Уровень оказания медицинской помощи
Лёгкая	Пациенту необходимо увеличение объёма проводимой терапии, которое может быть осуществлено собственными силами больного
Средняя	Пациенту необходимо увеличение объёма проводимой терапии, которое требует консультации больного врачом
Тяжёлая	Пациент/врач отмечают явное и/или быстрое ухудшение состояния, требуется госпитализация больного

Причины обострений

Наиболее частыми причинами обострений ХОБЛ являются бактериальные и вирусные респираторные инфекции и атмосферные поллютанты, однако причины примерно 20-30% случаев обострений установить не удаётся.

Среди бактерий при обострении ХОБЛ наибольшую роль играют нетипируемые Haemophilus influenzae, Streptococcus pneumoniae и Moraxella catarrhalis.

- Частые курсы антибиотиков (>4 за последний год).
- ОФВ₁ < 30%.
- Выделение Paeruginosa в предыдущие обострения, колонизация Paeruginosa.
- Частые курсы системных ГКС (>10 мг преднизолона в последние 2 недели).
- Бронхоэктазы.

Риновирусы являются одной из наиболее частых причин острых респираторных вирусных инфекций и могут быть значимой причиной обострений ХОБЛ. Замечено, что обострения ХОБЛ чаще всего развиваются в осенне-зимние месяцы. Повышение числа обострений ХОБЛ может быть связано с повышением распространённости респираторных вирусных инфекций в зимние месяцы и повышением чувствительности к ним эпителия верхних дыхательных путей в холодное время года.

К состояниям, которые могут напоминать обострения и/или утяжелять их течение, относятся пневмония, тромбоэмболия лёгочной артерии, застойная сердечная недостаточность, аритмии, пневмоторакс, выпот в плевральной полости. Эти состояния следует дифференцировать от обострений и при их наличии проводить соответствующее лечение.

Ингаляционные бронходилататоры

Назначение ингаляционных бронходилататоров является одним из основных звеньев терапии обострения ХОБЛ (А, 1++). Традиционно, больным с обострением ХОБЛ назначают либо быстродействующие β₂-агонисты (сальбутамол, фенотерол), либо быстродействующие антихолинергические препараты (ипратропиум). Эффективность β₂-агонистов и ипратропиума при обострении ХОБЛ примерно одинакова (В, 2++), преимуществом β₂-агонистов является более быстрое начало действия, а антихолинергических препаратов – высокая безопасность и хорошая переносимость. Сегодня многие эксперты рассматривают комбинированную терапию β₂-агонист/ипратропиум как оптимальную стратегию ведения обострений ХОБЛ (В, 2++), особенно при лечении больных ХОБЛ с тяжёлыми обострениями.

Глюкокортикостероиды

По данным клинических исследований, посвящённым обострениям ХОБЛ, потребовавшим госпитализации пациентов в стационар, системные ГКС сокращают время наступления ремиссии, улучшают функцию лёгких (ОФВ₁) и уменьшают гипоксемию (РаО₂), а также могут уменьшить риск раннего рецидива и неудачи лечения, снизить длительность пребывания в стационаре (А, 1+). Обычно рекомендуется курс терапии пероральным преднизолоном в дозе 30-40 мг/сут в течение 5-14 дней (В, 2++). Согласно недавно полученным данным больные с обострением ХОБЛ и эозинофилией крови > 2% имеют наилучший ответ на системные ГКС (С, 2+).

Более безопасной альтернативой системным ГКС при обострении ХОБЛ являются ингаляционные, особенно небулизированные ГКС (В, 2++).

Антибактериальная терапия

Так как бактерии являются причиной далеко не всех обострений ХОБЛ (~50%), то важно определить показания к назначению антибактериальной терапии (АБТ) при развитии обострений. Современные руководства рекомендуют назначать антибиотики пациентам с наиболее тяжёлыми обострениями ХОБЛ, например, с 1-м типом обострения по классификации Anthonisen (т.е. при наличии усиления одышки, увеличения объёма и степени гнойности мокроты) или со 2-м типом (наличие двух из трёх перечисленных признаков) (В, 2++). У больных с подобными сценариями обострений

ХОБЛ антибиотики обладают наибольшей эффективностью, так как причиной таких обострений является бактериальная инфекция. Также антибиотики рекомендовано назначать пациентам с тяжёлым обострением ХОБЛ, нуждающимся в инвазивной или неинвазивной вентиляции лёгких (D, 3). Использование биомаркёров, таких как С-реактивный белок (СРБ), помогает улучшить диагностику и подходы к терапии больных с обострением ХОБЛ (С, 2+). Повышение уровня при СРБ ≥ 10-15 мг/л при обострении ХОБЛ является чувствительным признаком бактериальной инфекции.

Выбор наиболее подходящих антибиотиков для терапии обострения ХОБЛ зависит от многих факторов, таких как тяжесть ХОБЛ, факторы риска неблагоприятного исхода терапии (например, пожилой возраст, низкие значения ОФВ₁, предшествующие частые обострения и сопутствующие заболевания предшествующей антибактериальной терапии (D, 3).

При лёгких и среднетяжёлых обострениях ХОБЛ, без факторов риска, рекомендовано назначение амоксициллина, современных макролидов (азитромицин, кларитромицин), цефалоспоринов (цефиксим и др.). В качестве препаратов 1-й линии для больных с тяжёлыми обострениями ХОБЛ и с факторами риска рекомендованы либо амоксициллин/клавуланат (АМК), либо респираторные фторхинолоны (левофлоксацин или моксифлоксацин) (В, 2++). При высоком риске инфекции Paeruginosa – цiproфлоксацин и другие препараты с антисинегнойной активностью (В, 2++).

Кислородотерапия

Гипоксемия представляет реальную угрозу для жизни больного, поэтому кислородотерапия является приоритетным направлением терапии острой дыхательной недостаточности (ОДН) на фоне ХОБЛ (В, 2++). Целью кислородотерапии является достижение РаО₂ в пределах 55-65 мм рт.ст. и SaO₂ 88-92%. При ОДН у больных ХОБЛ для доставки О₂ чаще всего используются носовые канюли или маска Вентури. При назначении О₂ через канюли большинству больных достаточно потока О₂ 1-2 л/мин (D, 3). Маска Вентури является более предпочтительным способом доставки О₂, так как позволяет обеспечивать довольно точные значения фракции кислорода во вдыхаемой смеси (FiO₂), не зависящего от минутной вентиляции и инспираторного потока больного. В среднем кислородотерапия с FiO₂ 24% повышает РаО₂ на 10 мм рт.ст., а с FiO₂ 28% – на 20 мм рт.ст. После инициации или изменения режима кислородотерапии в течение ближайших 30-60 минут рекомендовано проведение газового анализа артериальной крови для контроля показателей РаСО₂ и рН (D, 3).

Неинвазивная вентиляция лёгких

Развитие нового направления респираторной поддержки – неинвазивной вентиляции лёгких (НВЛ), то есть проведения вентиляционного пособия без постановки искусственных дыхательных путей – позволяет безопасное и эффективное достижение разгрузки дыхательной мускулатуры, восстановление газообмена и уменьшение диспноэ у больных с ОДН. Во время НВЛ взаимосвязь пациент – респиратор осуществляется при помощи носовых или лицевых масок (реже – шлемов и загубников), больной находится в сознании, и, как правило, не требуется применения седативных и миорелаксирующих препаратов. Ещё одним важным достоинством НВЛ является возможность её быстрого прекращения, а также немедленного возобновления, если есть необходимость. Показания и противопоказания для проведения НВЛ приводятся ниже.

Критериями включения для проведения неинвазивной вентиляции лёгких при ОДН на фоне ХОБЛ служат:

- А. Симптомы и признаки ОДН:
 - а) выраженная одышка в покое;
 - б) ЧДД > 24/мин, участие в дыхании вспомогательной дыхательной мускулатуры, абдоминальный парадокс.
- В. Признаки нарушения газообмена:
 - а) РаСО₂ > 45 мм рт.ст., рН < 7,35;
 - б) РаО₂/FiO₂ < 200 мм рт.ст.

Критериями исключения для проведения неинвазивной вентиляции лёгких при ОДН служат:

- А. Остановка дыхания.
- В. Нестабильная гемодинамика (гипотония, неконтролируемые аритмии или ишемия миокарда).
- С. Невозможность обеспечить защиту дыхательных путей (нарушения кашля и глотания).
- Д. Избыточная бронхиальная секреция.
- Е. Признаки нарушения сознания (ажитация или угнетение), неспособность пациента к сотрудничеству с медицинским персоналом.

Неподходящими кандидатами для данного метода респираторной поддержки считаются больные ОДН, нуждающиеся в проведении экстренной интубации трахеи и инвазивной респираторной поддержки (С, 2+). НВЛ является единственно доказанным методом терапии, способным снизить летальность у больных ХОБЛ с ОДН (А, 1++).

Инвазивная респираторная поддержка

ИВЛ показана пациентам ХОБЛ с ОДН, у которых медикаментозная или другая консервативная терапия (НВЛ) не приводит к дальнейшему улучшению состояния

Таблица 6
Наиболее частые сопутствующие заболевания при ХОБЛ

Сопутствующие заболевания	Частота встречаемости, %
Сердечно-сосудистые	42,0
Остеопороз	28-34
Депрессия	35-42
Инфекция нижних дыхательных путей	67-72
Синдром SLEEP-APNOE	17-26
Катаракта	31-32
Тромбоэмболия лёгочной артерии	10-20
Импотенция	37-43

(В, 2++). Показания к проведению вентиляции должны учитывать не только отсутствие эффекта от консервативных методов терапии, степень тяжести функциональных показателей, но и быстроту их развития и потенциальную обратимость процесса, вызвавшего ОДН.

Абсолютными показаниями к ИВЛ при ОДН на фоне обострения ХОБЛ являются:

- 1) остановка дыхания;
 - 2) выраженные нарушения сознания (сопор, кома);
 - 3) нестабильная гемодинамика (систолическое артериальное давление < 70 мм рт.ст., частота сердечных сокращений < 50/мин или > 160/мин);
 - 4) утомление дыхательной мускулатуры.
- Относительными показаниями** к ИВЛ при ОДН на фоне обострения ХОБЛ служат:
- 1) частота дыхания > 35/мин;
 - 2) рН артериальной крови < 7,25;
 - 3) РаО₂ < 45 мм рт.ст., несмотря на проведение кислородотерапии.

Как правило, при назначении респираторной поддержки проводится комплексная клиническая и функциональная оценка статуса больного. Отлучение от ИВЛ должно начинаться как можно раньше у больных ХОБЛ (В, 2++), так как каждый дополнительный день инвазивной респираторной поддержки значительно повышает риск развития осложнений ИВЛ, особенно таких, как вентилятор-ассоциированная пневмония (А, 1+).

Методы мобилизации и удаления бронхиального секрета

Гиперпродукция секрета и его плохая эвакуация из дыхательных путей может представлять серьёзную проблему для многих пациентов с тяжёлым обострением ХОБЛ.

Согласно данным недавно проведённых исследований, терапия мукоактивными препаратами (N-ацетилцистеин, эрдостеин) ускоряет разрешение обострений ХОБЛ и вносит свой дополнительный вклад в уменьшение выраженности системного воспаления (С, 2+).

При обострении ХОБЛ существенного улучшения состояния можно достичь, используя специальные методы улучшения дренажа дыхательных путей, например, высокочастотная перкуSSIONная вентиляция лёгких – метод респираторной терапии, при котором маленькие объёмы воздуха («перкуссии») подаются пациенту с высокой регулируемой частотой (60-400 циклов в минуту) и управляемым уровнем давления через специальный открытый дыхательный контур (фазитрон). «Перкуссии» могут подаваться через маску, загубник, интубационную трубку и трахеостому. Другим методом является методика высокочастотных

колебаний (осцилляции) грудной стенки, которые через грудную клетку передаются на дыхательные пути и проходящий по ним поток газа. Высокочастотные колебания создаются с помощью надувного жилета, который плотно облегает грудную клетку и соединён с воздушным компрессором.

ХОБЛ и сопутствующие заболевания

ХОБЛ наряду с артериальной гипертонией (АГ), ишемической болезнью сердца (ИБС) и сахарным диабетом (СД) составляют ведущую группу хронических заболеваний: на их долю приходится более 30% среди всей иной патологии человека. ХОБЛ часто сочетается с этими заболеваниями, которые могут существенно ухудшить прогноз больных.

Наиболее частые сопутствующие заболевания при ХОБЛ представлены в таблице 6.

По данным крупных популяционных исследований, риск смерти от сердечно-сосудистых заболеваний у больных ХОБЛ повышен в 2-3 раза по сравнению с больными тех же возрастных групп и не имеющих ХОБЛ и составляет приблизительно 50% от общего количества смертельных случаев.

Сердечно-сосудистая патология является основной патологией, которая сопутствует

ХОБЛ и, вероятно, является как самой частой, так и самой серьёзной группой заболеваний, которые сосуществуют с ХОБЛ. Среди них следует выделить ИБС, ХСН, мерцательную аритмию, артериальную гипертонию, которая, по всей видимости, является наиболее частой спутницей ХОБЛ.

Зачастую лечение таких пациентов приобретает «противоречивый характер» – препараты (иАПФ, β-АБ), применяемые по поводу ИБС и/или АГ, могут ухудшать течение ХОБЛ (риск развития кашля, одышки, появление или усиление бронхообструкции), а препараты, назначаемые по поводу ХОБЛ (бронходилататоры, глюкокортикостероиды), могут отрицательно влиять на течение сердечно-сосудистой патологии (риск развития сердечной аритмии, повышения АД). Вместе с тем лечение сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов с ХОБЛ должно проводиться в соответствии со стандартными рекомендациями, поскольку нет данных о том, что их следует лечить иначе при наличии ХОБЛ. При необходимости назначения бета-адреноблокаторов больным ХОБЛ с сопутствующей сердечно-сосудистой патологией предпочтение следует отдавать селективным бета-адреноблокаторам.

Остеопороз и депрессия являются важными сопутствующими заболеваниями, которые часто не диагностируются. Вместе с тем они ассоциируются со снижением показателей статуса здоровья и плохим прогнозом. Назначения повторных курсов системных глюкокортикостероидов по поводу обострений следует избегать, так как их применение существенно увеличивает риск развития остеопороза и возникновения переломов.

В последние годы участились случаи сочетания метаболического синдрома и сахарного диабета у пациентов с ХОБЛ. Сахарный диабет оказывает существенное влияние на течение ХОБЛ и ухудшает прогноз заболевания. У пациентов ХОБЛ при сочетании с сахарным диабетом 2-го типа более выражена ДН, обострения встречаются чаще, отмечается более тяжёлое течение коронарной болезни сердца, хронической СН и АГ, нарастает лёгочная гипертензия при меньшей выраженности гиперинфляции.

У пациентов с ХОБЛ лёгкого течения наиболее частой причиной смерти является рак лёгких. У пациентов тяжёлого течения ХОБЛ сниженная функция лёгких существенно ограничивает возможность хирургического вмешательства при раке лёгких.

Под редакцией академика РАН, главного терапевта-пульмонолога Минздрава России Александра ЧУЧАЛИНА.

Научно-практическая конференция «Алкоголь, алкоголизм и последствия», организованная Российским обществом по изучению печени, собрала в одной аудитории представителей разных медицинских специальностей: терапевты, гепатологи, гастроэнтерологи и наркологи обсуждали, какие лечебные воздействия лучше всего применять, чтобы спасти людей, допившихся если ещё не до чёртиков, то уже до алкогольного панкреатита, острой печёночной недостаточности и гепатоцеллюлярного рака.

Увы, пьянство по-прежнему остаётся нашей национальной особенностью. По данным Минздрава России, каждая пятая смерть в стране прямо или косвенно связана с потреблением алкоголя. 80% убийств и 40% самоубийств совершаются в состоянии опьянения. Более чем у 60% погибших в ДТП выявлено содержание алкоголя в крови. 80% умерших мужчин трудоспособного возраста погибли от причин, связанных со злоупотреблением алкоголем. Через систему диспансеризации в 2014 г. прошли 22,4 млн россиян, среди них выявлено 403 тыс. человек, злоупотребляющих алкоголем.

«Завлечь пациента»

Основная идея, которую организаторы предложили обсудить участникам конференции, заключается в необходимости междисциплинарного подхода к выявлению случаев злоупотребления алкоголем и оказанию помощи лицам с рискованной моделью потребления алкоголя. То есть заниматься этим должны не только психиатры-наркологи, как традиционно принято в России, но и врачи других специальностей на уровне первичного звена, куда пациент обращается по поводу каких-либо соматических заболеваний. Такая терапевтическая модель, разработанная и широко практикуемая в Европе, была представлена зарубежными специалистами и охарактеризована, как эффективная.

Как это выглядит? Врач в поликлинике, общаясь с пациентом, попутно интересуется степенью его пристрастия к алкоголю. Если она высока настолько, что это уже отражается на работоспособности сердца и печени, врач проводит краткосрочное – пятиминутное – социопсихологическое консультирование пациента (бриф-интервенция), убеждая его в необходимости либо отказаться от алкоголя вообще, либо снизить дозу и кратность выпивки. В помощь словам – медикаментозная поддержка.

Надо ли российскому здравоохранению идти по этому пути? Директор Департамента организации экстренной медицинской помощи и экспертной деятельности Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор Оксана Гусева считает, что надо:

– Мы осознаём трудность решаемой задачи. И тем не менее обращаемся к профессиональному сообществу с предложением обеспечить междисциплинарный подход к ведению пациента с патологиями разных органов, вызванными злоупотреблением алкоголем. Нам важно создать систему междисциплинарного подхода, когда бы и терапевт, и гепатолог, и гастроэнтеролог, и эндокринолог – все знали, как завлечь этого пациента к себе и как с ним работать.

Со своей стороны главный психиатр-нарколог Минздрава России, директор Московского научно-практического центра наркологии Евгений Брюн предложил включить в программу диспансеризации выявление маркера злоупотребления алкоголем. Люди, которые имеют особо «тесные»

Проблемы и решения

Напоить или вылечить?

В обозримом будущем российские наркологи и гепатологи без работы не останутся



отношения с алкоголем, не всегда признают факт злоупотребления, поэтому для мотивации их к лечению очень важно привести объективные доводы.

– Возможно, врачи других специальностей не знают, что существует маркер хронической алкогольной интоксикации – карбогидрат-дефицитный трансферрин (CDT). У человека, который в течение 2 недель ежедневно выпивал 60-80 мл крепкого алкоголя, в сыворотке крови можно обнаружить углеводдефицитный трансферрин. В сочетании с такими популярными в соматической клинике показателями, как АСТ и АЛТ, CDT даёт практически 100-процентную уверенность в факте злоупотребления алкоголем. В законодательстве многих западных стран анализ на CDT входит в обязательный перечень обследования и в общеклинической практике, и при расследовании происшествий на дорогах, – аргументировал главный нарколог.

В ходе форума и его участники, и сама профессор Гусева неоднократно говорили о том, что в программу обучения врачей неплохо бы добавить знаний о влиянии алкоголя

на здоровье, а также навыков работы с такими пациентами в общеклинической практике, ведь до сих пор данная тема была прерогативой исключительно наркологической службы. Также важно продумать вопрос о мотивировании поликлинических врачей и о том, что даже самые кратковременные антиалкогольные интервенции не впишутся в рамки 12-минутного врачебного приёма.

А как у них?

Будем справедливы: иностранцы тоже пьют горькую. Но в большинстве развитых стран предпринимаемые меры

политики и медики работали в комплексе, это давало бы более значимые долгосрочные результаты. К примеру, в Чехии увеличилось налогообложение, что повлекло рост стоимости алкогольной продукции и снижение заболеваемости циррозом печени.

Другой зарубежный участник форума, профессор наркологии (Университет Хельсинки), главный терапевт Финляндии Хану Алхо (Hannu Alho) рассказал о ситуации в своей стране, которая, как известно, тоже имеет большой опыт борьбы с алкоголизмом. Очень долго, начиная с 70-х годов, в Финляндии росло потребление

Опыт зарубежных стран по ограничению потребления алкоголя мог бы весьма пригодиться России. Но у нас почему-то Государственная Дума никак не примет закон об увеличении возраста покупателей пива до 21 года. А на Президиуме Госсовета всерьёз обсуждается предложение разрешить продажу вина на территории санаторно-курортных учреждений и более того – практиковать там лечение вином. Таким образом, известная шутка про русских «Только у нас фраза «поправить здоровье» означает напиться больше, чем вчера», перестает быть шуткой.

Не ради пьянства, здоровья для?

Как оказалось, не только в среде обывателей, но и в медицинском сообществе есть те, кто искренне верит в полезные свойства алкоголя и считает энотерапию перспективным методом лечения. Поэтому логично, что на научной конференции, которая была посвящена проблеме алкогольного поражения внутренних органов, не обошли стороной и эту скользкую тему.

– Говорят, что у алкоголя есть некоторый положительный эффект для сердечно-сосудистой системы. Но я считаю, что об этом нужно забыть и говорить именно о вреде, который возрастает прямо пропорционально количеству выпиваемого. Часто мы забываем о том, что потребление алкоголя очень сильно связано с возникновением не только сердечно-сосудистых, но также онкологических заболеваний, в частности, рака гортани, пищевода, печени, губы, молочной железы. Согласно международным исследованиям, алкоголь считается канцерогеном номер один, – предупреждает коллег профессор Хану Алхо.

С мнением финского специалиста согласен главный гастроэнтеролог Минздрава России академик РАН Владимир Ивашкин: «Ряд специалистов публично утверждают, что небольшие дозы алкоголя оказывают положительное влияние на здоровье. Одина два дринка в день. С другой стороны, мы, клиницисты, на практике отчётливо видим, что не существует безопасной дозы алкоголя. Очень часто мы встречаем пациентов, у которых после одного дринка развивается тяжёлый приступ фибрилляции предсердий. Больного с фибрилляцией начинают лечить амиодароном, который вызывает у пациента лекарственно индуцированный гепатит. Всего одна доза алкоголя приводит к такой последовательности событий».

Кардиопротективное действие алкоголя – вопрос, вокруг которого нужно быть очень осторожными, считает представитель OECD господин Франко Сасси. Он призвал врачебное сообщество не объяснять своё бездействие тем, что имеются, якобы, доказательства полезности алкоголя для здоровья: «Давайте действовать против злоупотребления алкоголем безотносительно того, какие преимущества могут быть в противовесе».

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

алкоголя. Чем это было вызвано? Во-первых, уровень жизни людей стал выше. Во-вторых, пиво стало очень доступным напитком. До того производство и продажа пива контролировались государством, но как только этот напиток вышел в свободное обращение и стало возможным продавать его абсолютно везде, включая автозаправки, в любое время суток, сразу повысился уровень потребления и пива, и алкоголя вообще.

– Прежняя недостаточно жёсткая государственная политика в отношении продажи и потребления пива теперь переосмыслена. За последние 5 лет налог на алкоголь был повышен в 2-3 раза, что привело к повышению стоимости напитков. Кроме того, мы видим больший контроль доступности алкогольных напитков: так, пиво может продаваться только до 22 часов. Возрастные ограничения на продажу – 18 лет для пива и 21 год для крепких напитков. В 80-е годы сердечно-сосудистые заболевания были одной из самых частых причин смертности в Финляндии. Снижение данного показателя началось с 2004 г. за счёт активной пропаганды алкогольной опасности и реального снижения потребления алкоголя.

По словам Хану Алхо, каждое лечебное учреждение в первичном звене здравоохранения Финляндии, все врачи общей практики обязаны работать с алкоголиками, используя не только уговоры, но и медикаментозные методы лечения.

– Также у нас много реабилитационных центров для данной категории пациентов. Это исключительно благотворительные организации. Иногда у меня создаётся впечатление, что страну просто заполнили реабилитационные центры, – признался главный терапевт Финляндии.

по снижению рискованного потребления алкоголя более эффективны, чем в России.

Представитель Организации экономического сотрудничества и развития (OECD), специалист в области организации и экономики здравоохранения Франко Сасси (Franco Sassi) привёл следующие данные:

– Мы провели исследование, как меняется ситуация с потреблением алкоголя в разных странах и что делают правительства, чтобы скорректировать эту ситуацию. Результаты показали весьма драматичное состояние дел в России: по статье «употребление алкоголя» она выходит на самый верх списка. Ещё более нас беспокоит, что Россия больше, чем какая-то иная страна, за последние 20 лет сталкивалась с повышением уровня потребления алкоголя – более чем на 60%. Это имеет в дальнейшем печальные перспективы. Такая же неблагоприятная тенденция есть ещё в нескольких северо-европейских странах. В то же время некоторые страны, напротив, существенно сократили потребление алкоголя. К примеру, Италия – на 40%, Франция – на 30%. Если бы



Форум открывает Ефим Шифман

Многочисленным участникам форума, в числе которых были ведущие российские специалисты по родовспоможению и женским болезням из Москвы, Санкт-Петербурга, Казани и Екатеринбурга, на 2 дня в полное распоряжение был отдан конференц-зал санатория «Рассвет».

И всё это время он был настолько полон, что невольно вспоминалась общеизвестная метафора о яблоке, которому некуда упасть. настолько актуальными оказались темы, и ранее заявленные в программе форума, и выдвинутые на всеобщее обсуждение в ходе его работы.

Профессор кафедры анестезиологии и реаниматологии

Акценты

Ключи к счастью женщины

В Омске прошёл XXXIV Всероссийский образовательный форум «Теория и практика анестезии и интенсивной терапии в акушерстве и гинекологии»

факультета усовершенствования врачей Московского областного научно-исследовательского клинического института им. М.Ф.Владимирского, президент Ассоциации акушерских анестезиологов-реаниматологов, доктор медицинских наук, сопредседатель форума Ефим Шифман выступил, например, с несколькими докладами, речь в которых шла о факторах риска массивной кровопотери, её интенсивной и инфузионно-трансфузионной терапии и проблемах применения в этих случаях утеротоников. О комбинированных методах лечения акушерских кровотечений, но уже при кесаревых сечениях рассказал заведующий кафедрой акушерства и гинекологии № 2 Омского государственного медицинского университета, доктор медицинских наук профессор Сергей Баринов. ДВС-синдрому и коагулопатии при кровопотере посвятил свой доклад профессор кафедры анестезиологии, реаниматологии

и трансфузиологии Уральского государственного медицинского университета, доктор медицинских наук Александр Куликов...

Приведённые примеры – это только малая толика из заслужанных выступлений. Было и множество других – вплоть до

купирования алкогольной патологии в послеродовом периоде. Ведь форум проводился с целью решения междисциплинарных проблем в акушерстве, снижения материнской и перинатальной смертности. Для чего необходимо внедрять в практику этой отрасли медицины новые технологии диагностики и лечения беременных, рожениц и новорождённых, осваивать инновации в анестезии, решать вопросы и медикаментозного обезболивания родов, повышать квалификацию специалистов путём обмена знаниями и опытом между врачами анестезиологами-реаниматологами, акушерами-гинекологами и медиками других специализаций. Вживую, как это и было на форуме в Омске. Именно на таких встречах, по образному выражению одного из докладчиков, и подбираются «ключи» к счастливому разрешению женщин от счастливого бремени.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ, соб. корр. «МГ».

Омск.



На выставке, сопровождающей форум, была представлена новейшая медтехника, необходимая при критических ситуациях в родовспоможении и послеродовом лечении

А как у них?

Медицинская школа Бранденбурга

Близость к практике – основной принцип обучения в этом вузе

Германии нужны врачи. Особенно остро дефицит ощущается в сельской местности. В то же время мест для обучения медицинским специальностям в немецких университетах не так много. А Бранденбург – и вовсе единственная федеральная земля в Германии с небольшой плотностью населения, ни в одном из вузов которой нет медицинского факультета.

Год назад здесь было основано новое учебное заведение – Высшая медицинская школа Бранденбурга им. Теодора Фонтане (Medizinische Hochschule Brandenburg Theodor Fontane, MHB), удостоенная статуса университета. Одна из особенностей этого вуза в том, что он частный. Так что поступившим приходится самим оплачивать обучение. Если же студент хочет получить финансовую поддержку, то он должен дать обязательство остаться работать в Бранденбурге по окончании вуза.

Каким должен быть врач будущего

Каким арсеналом знаний и умений должен обладать врач будущего? За счёт чего можно обеспечить экономическую доступность медицинского обслуживания и сохранить индивидуальный подход к каждому пациенту в эпоху стремительного развития инновационных медицинских технологий, трансформаций в обществе и системе здравоохранения? Первый медицинский вуз в Бранденбурге видит свою основную миссию в том, чтобы решать проблемы современной медицины и обучать студентов по новым образовательным стандартам.

«Концепция нашего вуза базируется на трёх столпах. Во-первых, это частное и независимое от государственного финансирования учебное заведение. Во-вторых, МНВ постоянно расширяет сотрудничество с клиниками, научно-исследовательскими центрами и университетами. А третий важный аспект заключается в том, что подготовка студентов осуществляется в тесном взаимодействии с практической медициной в течение всего учебного процесса. В этом смысле МНВ является экспериментальной площадкой», – поясняет декан МНВ и главный врач университетской клиники профессор Дитер Нюрнберг.

Ставка – на практические навыки

В МНВ два факультета – фундаментальной медицины и клинической психологии. Общая численность студентов пока составляет 72 человека. 1 октября здесь стартовал второй по счёту учебный семестр.

«Как и в классических немецких медицинских вузах, обучение у нас рассчитано на 6 лет, но методика преподавания в МНВ существенно отличается от традиционной. И особенно это касается междисциплинарных семинаров. Подобные занятия всегда ведут два преподавателя, к примеру, микробиолог и хирург или анатом и кардиолог. С их помощью студенты получают возможность рассмотреть тот или иной медицинский аспект с совершенно разных сторон», – отмечает Д.Нюрнберг.

Во время одного из занятий

В МНВ отдают предпочтение не традиционному объяснительно-иллюстративному, а проблемному обучению, эффективно способствующему развитию аналитического мышления учащихся. Практические занятия проводятся в маленьких группах, насчитывающих не более 8 студентов.

Это позволяет достичь желаемого результата в максимально

короткие сроки. Вообще близость к практике, трансформация теоретических знаний в практические умения – основной принцип обучения в бранденбургском вузе. А модель здравоохранения будущего, на которую здесь делают ставку, – это персонализированная медицина, суть которой заключается в индивидуальном подходе врача к каждому пациенту и оптимальном лечении в минимальные сроки.

Финансовая поддержка

В 115 тыс. евро обойдётся студенту обучение в МНВ. Если же зачисленный сюда абитуриент даст обязательство остаться работать в Бранденбурге, то эта сумма будет сокращена до 35 тыс. евро. Разницу покрывают бранденбургские клиники, испытывающие нехватку врачей. Выпускникам МНВ эти медицинские учреждения гарантируют трудоустройство.

При поступлении в МНВ готовность абитуриента работать в Бранденбурге даже важнее, чем средний балл аттестата зрелости. Ещё одно условие для кандидатов – предоставление справки о прохождении 3-месячной практики в каком-либо медицинском учреждении или диплома медицинского училища.

«Большое внимание мы обращаем и на содержание мотивационного письма, в котором абитуриент указывает свои сильные стороны и объясняет, почему он хочет учиться именно в нашем вузе. Конкурс у нас большой. При наборе студентов на первый семестр нам пришлось рассмотреть 600 кандидатов, в то время как учебных мест было всего 48», – говорит Д.Нюрнберг.

Преподавание в МНВ ведётся на немецком языке. И пока среди студентов этого вуза – лишь представители Германии и Австрии. Д.Нюрнберг не исключает, что в будущем в их рядах появятся

и граждане других стран, в том числе, восточноевропейских. «Разумеется, принять участие в конкурсе может каждый желающий. Национальность для нас никакого значения не имеет. Главное – чтобы соискатель выполнил условия для зачисления и хорошо владел немецким языком», – подчёркивает декан Высшей медицинской школы Бранденбурга.

Тест на профпригодность

Раз в год многие из тех, кто собирается изучать медицину в Германии, совершенно добровольно подвергают себя сложнейшему тесту (или квесту) длиной в 8-часовой рабочий день: анализируют картинки-перевёртыши, выискивают правильные детали из пазла с узорами, напоминающими психоделические, потеют над графиками и рассчитывают формулы. Только до обеденного перерыва предстоит пройти 96 заданий. После обеда – ещё 2,5 часа работы с текстами и таблицами. И всё это – ради того, чтобы повысить свой рейтинг среди конкурентов.

Медицина относится к самым популярным специальностям в немецких вузах. Поток заявок на это учебное направление только растёт, а вместе с ним ужесточаются и требования к абитуриентам. Ежегодно 4 из 5 претендентов на учебные места получают отказ. Теперь мало бланк с средним баллом аттестата – в непревзойдённости своей кандидатуры приёмную комиссию приходится убеждать и в мотивационном письме, а то и экзаменационном сочинении на тему «Почему я хочу стать врачом», и во время личного собеседования.

Юрий ГОРСКИЙ.

По материалам Deutsche Welle, Spiegel Online.

Сотрудничество

Врачи Федерального центра травматологии, ортопедии и эндопротезирования Барнаула приняли участие в семинаре «Диагностика и лечение паропротезной инфекции», который проходил на базе университетской клиники Шарите (Берлин, Германия). В делегацию центра вошли врач травматолог-ортопед А.Демянчук, врач-микробиолог С.Карбышева и клинический фармаколог Е.Супрун.

Встреча с перспективой

С медиками Германии устанавливаются прочные контакты

Целью образовательного мероприятия являлись обзор, обновление и продвижение теоретических и практических знаний в области диагностики, лечения и профилактики имплантатассоциированных инфекций с акцентом на инфекции опорно-двигательного аппарата.

Обучающий курс проходил под руководством ведущих специалистов в области диагностики и лечения паропротезной инфекции в Европе.

В ходе семинара, в котором приняли участие около 60 специалистов из Европы, Китая и Бразилии, были обсуждены вопросы имплантатассоциированных инфекций: микробиологические, цитологические, гистологические, лучевые методы диагностики; пред-, интра- и послеоперационная антибиотикопрофилактика; хирургическое лечение при паропротезной инфекции; антимикробная терапия.

Результатом поездки стало установление прочного контакта со специалистами клиники Шарите, с перспективами дальнейшего сотрудничества, в частности, проведения совместных исследовательских проектов и обсуждения сложных клинических ситуаций.

Алёна ЖУКОВА, спец. корр. «МГ».

Барнаул.

**Достойных
по осени считают...**

Осень на Руси традиционно считается временем подведения итогов. На днях на экспертном совете конкурса, прошедшем в НИИ фтизиопульмонологии Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, состоялось с волнением ожидаемое молодыми фтизиатрами событие – определение победителей. Надо подчеркнуть, что несколько экспертов – ведущих фтизиатров России из Архангельска, Екатеринбургa, Новосибирска – хотя и не присутствовали на заседании, тем не менее в онлайн-режиме предоставили свои аргументированные суждения о работах конкурсантов.

В нынешнем году на конкурс поступило 14 заявок. Казалось бы, не так уж много, однако и немало, если учесть, что во фтизиатрической службе трудится примерно 7 тыс. врачей. Причём, поскольку специальность по-прежнему остаётся непрестижной, перспективных молодых учёных можно пересчитать по пальцам. Поэтому, как отметила главный фтизиатр Минздрава России, эксперт ВОЗ по туберкулёзу от РФ, доктор медицинских наук, профессор Ирина Васильева, нынешний конкурс собрал самый цвет молодой фтизиатрии. «География» номинантов выглядит так: Москва и Московская область – 4, Новосибирск – 3, Екатеринбург – 2, по одному участнику от Республики Саха (Якутия), Архангельского, Воронежского, Красноярского и Ульяновского регионов.

Критериями оценки представленных проектов стали новизна, актуальность, достоверность результатов, оригинальность, научно-практическая значимость. Учитывались также глубина раскрытия темы, аргументированность сформулированной точки зрения, ясность изложения, эрудиция автора, наличие отзывов о работе.

В прошлом году при подведении итогов эксперты посетовали на некоторую «узость» рамок конкурса, дескать, в нём участвуют только фтизиатры, а хотелось бы, чтобы среди номинантов оказались врачи всех специальностей. Более того – он должен стать междисциплинарным, чтобы в нём участвовали медицинские психологи, социальные работники, врачи пенитенциарной системы, волонтеры и т.д. В нынешнем году это пожелание отчасти выполнено.

Меньше месяца остаётся до торжественного финала конкурса. Чествование лучших пройдёт в рамках Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвящённой памяти академика РАМН М.И.Перельмана 11-13 ноября 2015 г. в Москве. Важным подспорьем для молодых победителей является материальная составляющая, которую обеспечили партнёры конкурса. Победители получат денежные вознаграждения в размере 100 тыс. руб. за 1-е, 75 тыс. – за 2-е и 50 тыс. руб. – за 3-е место. Качественных работ было представлено так много, что эксперты решили учредить несколько дополнительных поощрительных премий (2 вторых и 3 третьих) а также 6 специальных номинаций, одна из которых «За фундаментальность исследования» с денежным вознаграждением в размере 80 тыс. руб.

**Новизна, актуальность,
научно-практическая
ценность**

Эксперты постановили, что первое место должен получить номинант, работа которого имеет абсолютную новизну. Проектом, целиком и полностью отвечающим этому требованию, стала работа Елены Антушевой, выполненная в соавторстве с И.Тарасовой и П.Елисеевым (Северный государственный медицинский университет) и посвящённая применению наиболее перспективного для развития современной системы молекулярно-эпидемиологического мониторинга туберкулёза в РФ

В течение года со страниц газеты и в разделе «Наши акции» официального сайта «МГ» мы постоянно информировали читателей о ходе конкурса «Туберкулёз-минус: молодёжные инновации XXI века». Вдохновителем этого начинания был директор Центрального НИИ туберкулёза член-корреспондент РАН Владислав Ерохин. Конкурсное испытание студентов медицинских и фармацевтических вузов, молодых учёных в возрасте до 35 лет – ординаторов, аспирантов, практических врачей всех специальностей, проживающих в нашей стране (в том числе не являющихся гражданами РФ), организовала Ассоциация фтизиатров России при поддержке Минздрава России, Всемирной организации здравоохранения, профессионального врачебного издания – «Медицинской

газеты» и Партнёрства Лилли по борьбе с МЛУ-ТБ. Цель акции – содействовать формированию условий для развития медицинского молодёжного научного творчества и пропаганде медицинской науки и образования среди студентов-медиков и молодых специалистов. Основными задачами стали выявление лучших инновационных проектов талантливых исследователей, работающих в области реализации мероприятий, направленных на борьбу с туберкулёзом (в том числе с множественной лекарственной устойчивостью), проведение мониторинга молодёжных медико-социальных и научных инициатив в нашей стране, содействие профессиональному росту медицинской молодёжи, создание базы данных инициативных исследователей, поощрение творческой активности.

Туберкулёз-минус

Быть первыми — быть лучшими

Подведены итоги конкурса научно-исследовательских, прикладных и организационных проектов молодых учёных, практиков и студентов



На заседании экспертного совета встретились (слева направо) М.Волик, С.Смердин, И.Васильева, О.Пономаренко

метода MIRU-VNTR генотипирования возбудителя на популяционном и клиническом уровнях. Как подчеркнул директор Уральского НИИ фтизиопульмонологии, главный фтизиатр Минздрава России по Уральскому федеральному округу, заведующий кафедрой фтизиатрии и пульмонологии Уральского государственного медицинского университета Сергей Скорняков, «научное и клинико-эпидемиологическое значение этой работы несомненно и определяется новыми, ранее недоступными практической фтизиатрии, принципиально значимыми данными о причинах развития рецидива болезни, что определяет новые возможности анализа причин распространения инфекции в очагах, мероприятий по контролю за инфекцией и оптимизации лечебно-профилактических мероприятий в отношении больных туберкулёзом».

Ещё одним проектом, наиболее соответствующим инновационной тематике, стало фундаментальное исследование Татьяны Умпелевой и соавторов Н.Еремеевой, М.Кравченко, А.Вязовой, О.Нарвской (Уральский НИИ фтизиопульмонологии) «Молекулярно-генетическая характеристика изолятов Mycobacterium tuberculosis, выделенных от больных туберкулёзом в Уральском федеральном округе РФ». Заведующий кафедрой фтизиопульмонологии Северного государственного медицинского университета член-корреспондент РАН Андрей Марьяндышев отметил актуальность этой работы, одним из главных достижений которой является разработка существенно более доступной для практического применения оригинальной схемы генотипирования возбудителя туберкулёза; использование дополнительных

гипервариабельных MIRU-локусов повышает дискриминирующую способность типирования и делает доступным эпидемиологический анализ путей распространения туберкулёза и эффективность противоэпидемических мероприятий. Эта работа получила всеобщее одобрение и удостоена специального приза.

Вторых мест удостоены 2 проекта. Фундаментальная работа Магхраби Жихан (НИИ фтизиопульмонологии Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова) «Противотуберкулёзная активность наносомальных форм рифампицина и гатифлоксацина на основе сополимеров молочной и гликолевой кислот» посвящена экспериментально обоснованию одного из приоритетных направлений создания новых лекарственных препаратов для лечения туберкулёза. По мнению эксперта конкурса, заместителя директора по науке Новосибирского НИИ туберкулёза Татьяны Петренко, работа имеет практический выход, выполнена на хорошем методологическом уровне, результаты тщательно проанализированы.

В фундаментальной работе Сергея Пустыльника (Новосибирский НИИ туберкулёза) «Влияние декстранов на рецептор-опосредованный эндоцитоз ВИЧ и продукцию цитокинов в моделях туберкулёза in vitro и in vivo», по мнению директора НИИ фтизиопульмонологии Первого МГМУ им. И.М.Сеченова, доктора медицинских наук, профессора, заслуженного врача РФ Сергея Смердина использовано достаточное количество современных исследовательских методик, применены адекватные статистические методы. Это – фундаментальное исследование, выполненное на

хорошем методологическом уровне и имеющее важное прикладное значение.

Солидную экспериментальную работу «Исследование роли В-лимфоцитов в иммунном ответе и патологии при туберкулёзной инфекции у мышей» представили Александр Дятлов в соавторстве с И.Линге (Центральный НИИ туберкулёза), получив 3-е место. В исследовании, отметила эксперт конкурса, директор благотворительной организации «Партнёры во имя здоровья» Оксана Пономаренко, освещены ранее не изученные аспекты защиты иммунной системы хозяина от туберкулёзной инфекции.

3-го места удостоена и работа Юлии Цыбульской «Персонализированная диагностика пациентов с туберкулёзом позвоночника», выполненная в соавторстве со С.Смердиным, И.Шутихиной, Р.Ставицким (НИИ фтизиопульмонологии Первого МГМУ им. И.М.Сеченова). Авторы предложили дополнительный скрининговый неинвазивный метод диагностики пациентов с лёгочными и внелёгочными формами туберкулёза, в том числе туберкулёзом позвоночника.

Ещё одно 3-е место получила Анна Лушникова с соавторами Р.Никитиным, Г.Эфрон, О.Чупис, В.Леликовой, М.Першиной, Г.Плешковой (Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н.Бурденко, Воронежский областной клинический противотуберкулёзный диспансер им. Н.С.Похвисневой) за проект «Влияние пациентоориентированного подхода в противотуберкулёзной службе на эпидемиологическую ситуацию по туберкулёзу в Воронежской области». Это единственная работа, посвящённая проблеме повышения приверженности противотуберкулёзному лечению среди сложного контингента пациентов. Представлены результаты 4-летней работы реализации проектов «АВРАЛ» и «Сопровождение» с привлечением медицинских и немедицинских специалистов для социальной поддержки больных на стационарном и амбулаторном этапах лечения.

Победителями спецноминации «За актуальность исследования» признаны 5 конкурсантов. Марина Лукьянова (Новосибирский НИИ туберкулёза), представившая актуальную работу «Нутритивная поддержка при хирургическом лечении тяжёлых форм туберкулёза лёгких». Как подчеркнула И.Васильева, работа имеет важное практическое значение, позволяет успешно при-

менять хирургические методы лечения даже у длительно болеющих пациентов с хроническими формами туберкулёза лёгких (которым хирурги часто отказывают в операциях), что приведёт к уменьшению бактериального ядра в обществе и к существенному снижению заболеваемости туберкулёзом.

Всеобщую поддержку получили начинания Александра Баженова (Уральский НИИ фтизиопульмонологии) «Миниинвазивные оперативные вмешательства при ограниченных формах туберкулёза лёгких верхнедолевой локализации», Александра Яновского (медсанчасть № 24 Федеральной службы исполнения наказаний) «Хирургическое лечение туберкулёза лёгких у ВИЧ-инфицированных больных в условиях пенитенциарной системы: особенности пред- и послеоперационного ведения», Яны Петровой (Новосибирский НИИ туберкулёза) «Клапанная бронхоблокация в комплексном лечении больных деструктивным туберкулёзом лёгких, сочетанным с ВИЧ-инфекцией» и Руслана Асанова (Ульяновский областной противотуберкулёзный диспансер) «Рентгено-морфологическое и бактериологическое обоснование активной хирургической тактики при абациллярной туберкулёме лёгкого».

Великолепная команда

И опытные, именитые специалисты противотуберкулёзной службы страны, и только начинающие свой путь во фтизиатрии понимают, сколь громадное значение для перспективного развития и поддержки молодёжи имеет проведение подобного конкурса. Каждый участвовавший в испытании уже внёс определённый вклад в решение различных актуальных вопросов и проблем, направленных на борьбу с туберкулёзом. По результатам конкурса «Туберкулёз-минус» – 2015 ещё 12 молодых специалистов получили оценку «5». Их смелые начинания при поддержке учителей, наставников, старших коллег, научных руководителей, признаны лучшими. Стоит ли лишний раз объяснять, что для всякого учёного, а молодого – в особенности, очень важно осознавать, чтобы его труд (порой весьма нелёгкий), его вклад в науку рано или поздно оценили. Главный фтизиатр МЗ РФ, а по совместительству главный редактор журнала «Туберкулёз и болезни лёгких» И.Васильева в качестве поощрения предложила всем победителям опубликовать свои работы в очередном номере этого авторитетного специализированного издания.

Конечно, пока конкурсанты не достигли «прорыва» в сфере своих изысканий, тем не менее они постарались заглянуть в завтрашний день фтизиатрии. И, как знать, может, их нынешний старт уже в ближайшем будущем станет новым словом, которое приведёт к более скорой элиминации туберкулёза, на что амбициозно рассчитывает мировое сообщество. Главное – продолжать творить, не останавливаясь на достигнутом и смелее заглядывая в будущее.

Как, например, некоторые участники прошлого года, которые рискнули подать заявки вторично, в частности А.Дятлов и Ю.Цыбульская. Впрочем, чему удивляться? Такими и должны быть молодые пытливые учёные, которые не останавливаются на занятом рубеже и, несмотря на то, продолжают идти к намеченной цели. В 2014 г. работы этих номинантов остались не отмеченными экспертами, а в нынешнем обе завоевали почётное 3-е место. Это ещё одно доказательство того, что конкурс становится более востребованным, статусным и пользуется успехом.

Фтизиатрическое сообщество ждёт от нынешних победителей новых интересных работ, свежих идей и мыслей и надеется, что в следующем году в конкурсную волну вольётся гораздо больше молодых специалистов.

Александр ИВАНОВ,
обозреватель «МГ».

Исследования

Ищите ген TP53

У слонов обнаружен механизм защиты от рака

Согласно результатам исследования, лишь у 5% слонов заболевание раком приводит к смерти. У людей эта цифра достигает 25%. Учёные из Университета Юты (США) считают, что «природа уже обнаружила способ предотвратить заболевание раком», и надеются разработать новые виды терапии на основе своего открытия.

Согласно одной из теорий, каждая клетка в организме потенциально может стать раковой, и, соответственно, чем больше в теле клеток, тем выше шанс заболевания раком. Поскольку у слона в 100 раз больше клеток, чем у человека, то, согласно этой теории, у него должно быть в 100 раз больше шансов заболеть раком.

Исследователи из Университета Юты решили изучить ДНК слона в надежде найти ответ на эту загадку. Рак возникает в результате мутаций в ДНК отдельной клетки, из-за чего клетка начинает бесконтрольно расти. Однако у животных есть также и детекторы подобных клеточных



мутаций, что позволяет организму либо уничтожать подобные клетки, либо исправлять их механизм.

Один из таких детекторов называется TP53. Этот ген препятствует делению клеток, в ДНК которых возникли опасные

ошибки, до тех пор, пока они не будут исправлены, или клетка не будет убита самим организмом. У человека лишь один ген TP53, в то время как у слонов обнаружено 20 копий TP53. В результате организм слонов гораздо эффективнее избавляется от вышедших



Производитель солей для ванн
ООО «Ресурс-Ф» с 1997 года осуществляет поставки средств для бальнеотерапии в лечебно-оздоровительные учреждения (в соответствии с ФЗ-44).

тел.: +7(495) 598-23-10, 937-34-54,
resursf@list.ru www.res-f.ru

из-под контроля клеток.

«Согласно любой логике, у слонов должен быть невероятно высокий уровень заболеваемости раком и они должны были бы исчезнуть как вид», — говорит доктор Джошуа Шифман, специалист в педиатрической онкологии, принимавший участие в исследовании.

По его словам, на примере слонов видно, что природа уже научилась бороться с раком, и в будущем это поможет разработать новые виды терапии для людей. Например, можно было бы сделать человеческие клетки более «слоноподобными», добавив в их ДНК дополнительные копии гена TP53.

Однако профессор Мел Гривз из лондонского Института исследования рака говорит, что на самом деле следует понять, почему именно у людей столь высокий процент заболевания раком. «В том, что касается адаптивных систем, мы не отличаемся от шимпанзе, но раком мы боеем гораздо чаще, чем шимпанзе, — считает профессор. — По-моему, люди — уникальный вид, так как у них чрезвычайно быстрый процесс социальной эволюции».

Среди прочего он указал на резкий рост числа людей, ведущих нездоровый образ жизни, что увеличивает шансы заболевания раком. Речь идёт об ожирении, загорании на солнце и курении, например.

«Вы ни разу не видели курящего слона!» — добавляет профессор Мел Гривз.

Юрий БЛИЕВ,
обозреватель «МГ».

По материалам Journal of the
American Medical Association.

Конкурс

В соответствии с Постановлением Правительства РФ № 234 от 16.03.2000 «О порядке заключения трудовых договоров и аттестации руководителей федеральных государственных унитарных предприятий» и Федеральным законом № 161-ФЗ от 14.11.2002 «О государственных и муниципальных предприятиях» Федеральное медико-биологическое агентство объявляет конкурс на замещение должности директора федерального государственного унитарного предприятия:

1. Федеральное государственное унитарное предприятие «Научно-производственный центр «Фармзащита» Федерального медико-биологического агентства (141402 Московская область, г. Химки, Вашутинское шоссе, д. 11).

Основные направления деятельности центра: разработка лекарственных средств защиты человека от поражающего действия ионизирующей радиации (противолучевые средства, средства терапии лучевых поражений и т.п.), а также средства антидотной терапии высокотоксичных химических веществ, выпуск опытных, опытно-производственных, промышленных партий указанных лекарственных препаратов, а также разработка и выпуск специализированных аптек.

Претендент должен иметь:

- высшее образование;
- учёную степень кандидата (медицинских, биологических, химических, технических) наук;
- опыт работы на руководящих должностях в сфере деятельности центра не менее 5 лет.

2. Федеральное государственное унитарное предприятие «Государственный научно-исследовательский институт биологического приборостроения» Федерального медико-биологического агентства (125424 Москва, Волоколамское шоссе, д. 72, к. 1).

Основные направления деятельности института: разработка методов и технических средств (автоматических сигнализаторов биоаэрозолей, роботооборных устройств, укладок реагентов и т.д.), предназначенных для неспецифической и специфической индикации биопатогенов в объектах окружающей среды в интересах здравоохранения Российской Федерации и силовых ведомств Российской Федерации; разработка систем оптико-электронных приборов и принадлежностей для диагностики инфекционных и соматических заболеваний на основе иммунохимических методов анализа.

Претендент должен иметь:

- высшее образование;
- учёную степень доктора (биологических, технических) наук, кандидата (биологических, технических) наук;
- опыт работы на руководящих долж-

ностях в сфере деятельности института не менее 5 лет.

3. Федеральное государственное унитарное предприятие «Федеральный центр по проектированию и развитию объектов ядерной медицины» Федерального медико-биологического агентства (123060 Москва, ул. Берзарина, д. 36, стр. 1).

Основные направления деятельности предприятия: разработка технологии получения радиофармпрепаратов, промышленный выпуск радиофармпрепаратов и обращение радиоизотопной продукции; работы в области инженерных изысканий, проектирования, строительства, реконструкции и капитального ремонта объектов капитального строительства.

Претендент должен иметь:

- высшее образование;
- опыт в сфере организации производства, сбыта и оборота продукции;
- опыт руководства проектными учреждениями, строительными организациями;
- опыт работы на руководящих должностях не менее 15 лет.

4. Федеральное государственное унитарное предприятие «Научно-исследовательский институт промышленной и морской медицины» Федерального медико-биологического агентства (196143 Санкт-Петербург, пр. Гагарина, 65).

Основные направления деятельности института: проведение научно-исследовательских работ в области медико-гигиенического обеспечения радиационной безопасности и условий труда, оценки состояния здоровья персонала морских транспортных средств с ядерными энергетическими установками, предприятий судостроительной и горнорудной промышленности и бериллиевой промышленности, эколого-гигиенической оценки состояния окружающей среды и здоровья населения в районах расположения предприятий начального этапа ядерно-топливного цикла.

Претендент должен иметь:

- высшее медицинское образование;
- учёную степень доктора (медицинских, биологических) наук;
- опыт работы на руководящих должностях в сфере деятельности института не менее 5 лет.

5. Федеральное государственное унитарное предприятие «Государственный научно-исследовательский институт особо чистых биопрепаратов» Федерального медико-биологического агентства (197110 Санкт-Петербург, ул. Пудожская, 7).

Основные направления деятельности института: проведение исследований по созданию высокоэффективных лекарственных средств и медицинских изделий, разработка

промышленных технологий выпуска лекарственных препаратов.

Претендент должен иметь:

- высшее образование;
- учёную степень доктора (медицинских, биологических) наук, кандидата (медицинских, биологических) наук;
- опыт работы на руководящих должностях в сфере деятельности института не менее 5 лет.

6. Федеральное государственное унитарное предприятие «Южно-Уральский институт биофизики» Федерального медико-биологического агентства (456780 Челябинская область, г. Озёрск, Озёрское шоссе, 19)

Основные направления деятельности института: изучение медико-гигиенических аспектов облучения, совершенствование радиационной безопасности персонала предприятий атомной промышленности и жителей прилегающих районов, профилактика и лечение лучевых поражений.

Претендент должен иметь:

- высшее образование;
- учёную степень доктора (медицинских, биологических) наук, кандидата (медицинских, биологических) наук;
- опыт работы на руководящих должностях в сфере деятельности института не менее 5 лет.

7. Федеральное государственное унитарное предприятие «Северский биофизический научный центр» Федерального медико-биологического агентства (636039 Томская область, ЗАТО Северск, пр.Коммунистический, 87).

Основные направления деятельности института: изучение медицинских последствий облучения, совершенствование радиационной безопасности персонала предприятий атомной промышленности и жителей прилегающих районов, профилактика и лечение лучевых поражений.

Претендент должен иметь:

- высшее образование;
- учёную степень доктора (медицинских, биологических) наук, кандидата (медицинских, биологических) наук;
- опыт работы на руководящих должностях в сфере деятельности центра не менее 5 лет.

Перечень документов, предоставляемых кандидатами:

1. Заявление, личный листок по учёту кадров, фотография 4 x 6.
2. Копия паспорта.
3. Заверенные в установленном порядке копии трудовой книжки, документы об образовании государственного образца и о присвоении учёной степени доктора или кандидата наук.
4. Предложения по программе деятельности предприятия (в запечатанном конверте).

Ситуация

Оружие категории А



Прошло уже 50 лет с тех пор, как американцы высадились на Луне. Но в США люди по-прежнему умирают от болезни, которая опустошала Европу в Средние века. Почему Америка не в состоянии окончательно покончить с чумой?

Эпидемии пошли на убыль, но...

Чёрная смерть, как называли чуму в прошлом, привела к гибели около 50 млн человек в Европе и Азии в XIV веке. Она уничтожила половину населения тогдашней Европы. Последняя по счету эпидемия чумы в Лондоне случилась в 1665 г., когда от болезни погибли 20% населения города. В XIX веке в Индии и Китае происходили крупные эпидемии чумы, в ходе которых погибло более 12 млн человек.

Однако эта страшная болезнь остаётся непобеждённой. Она то и дело вызывает эпидемии на Мадагаскаре, в Демократической Республике Конго и в Перу. Но удивительнее всего, что она продолжает убивать людей в США. Только в этом году в США было отмечено 15 случаев заболевания чумой, 4 из которых закончились смертью заболевших. Это выше средних годовых показателей, которые составляют 7 случаев в год.

Yersinia pestis прибыла на блохе

Возбудитель чумы, бактерия *Yersinia pestis*, впервые была завезена в США в 1900 г. торговыми судами, на борту которых находились чумные крысы. Как говорит

странения болезни является 100-й меридиан.

Затем пересела на сусликов

Суслики являются главными распространителями болезни на западе США. Эти грызуны являются основными носителями чумы, а они обитают к западу от 100-го меридиана. География и климат западных районов США благоприятствуют им, а тот факт, что они являются социальными животными, способствует распространению возбудителя чумы.

Именно наличие диких животных, к которым относятся также хорьки и канадские рыси, делает такой трудной борьбу с распространением этой болезни в Северной Америке.

«Пока мы не уничтожим грызунов, чума останется с нами», — говорит Д.Эпстайн. Учёные из Национального центра дикой природы сотрудничают с заповедниками в создании вакцин для сусликов и хорьков, которые любят наживку с арахисовым маслом.

Хорьки также подвергаются массовой вакцинации в США. Поэтому исследователи надеются, что на территории большинства американских заповедников удастся покончить с чумой. В целом поиски эффективной вакцины ведутся очень активно, так же как и методов ранней диагностики.

Причиной этого является тот факт, что чума признана биологическим оружием категории А. Опасность того, что возбудитель чумы будет использован для разработки бактериологического оружия, остаётся высокой.

сотрудник Всемирной организации здравоохранения Дэниэл Эпстайн, в начале века в крупных портовых городах Западного побережья эпидемии чумы случались очень часто. Но последняя произошла в 1925 г. в Лос-Анджелесе. Она распространилась на сельских крыс и мышей и таким образом закрепилась в США.

Чума, которая обычно передаётся от животных человеку блохами, приводит к гибели 30-60% заболевших при отсутствии лечения, но в случае ранней диагностики хорошо поддаётся терапии антибиотиками.

«Мы советуем прибегать к средствам защиты от укусов блох и не подходить к останкам животных в опасных районах», — говорит Эпстайн.

К таким опасным районам относятся штаты Нью-Мексико, Аризона, Калифорния и Колорадо. Все случаи чумы в этом году зарегистрированы в этих штатах, а официальной границей распро-

Кстати

Никак не отправить в Лету

Единственной инфекционной болезнью человека, с которой удалось полностью покончить, является оспа, которая не существует у животных. То же самое относится и к полиомиелиту, который остаётся распространённым только в двух странах — Афганистане и Пакистане.

ВОЗ работает над искоренением полиомиелита во всём мире и в сентябре объявила, что он более не представляет опасности в Нигерии. Однако в Сирии с началом гражданской войны зафиксированы новые случаи этого заболевания.

Юрий БЛИЕВ,
обозреватель «МГ».

По материалам сайта ВОЗ.

Фемуга

Плесните колдовства...

Президент Таджикистана Эмомали Рахмон подписал закон о внесении изменений в Уголовный кодекс страны, утверждающий уголовную ответственность за колдовство и чародейство. Об этом глава государства сообщил в ходе заседания правительства.

Ранее колдовство и чародейство, не наносящие тяжкого вреда здоровью, квалифицировались как административное правонарушение и влекли денежный штраф. Теперь та же деятельность считается уголовно наказуемой, а колдунам, чародеям и народным целителям грозит лишение свободы на срок до 7 лет.

Эта деятельность популярна в Таджикистане: по данным МВД республики, в стране насчитывается более 5 тыс. целителей, применяющих методы нетрадиционной медицины. При этом многие граждане предпочитают лекарей официальной медицине. Целите-



ли зачастую имеют духовный сан. Подобные практики нередко не только не приносят необходимого результата, но и приводят к трагическим последствиям. Например,

в ноябре 2013 г. в Таджикистане осудили муллу, убившего человека в процессе «изгнания дьявола».

Ян РИЦКИЙ.

Футурология

Представьте, что вы пришли на футбольный матч, а там место на трибуне вам указывает билетёр, которому... за 90. Сегодня большинство из нас этому сильно удивятся. Но футуролог, профессор социологии Рохит Тальвар утверждает, что в следующем столетии подобную работу смогут выполнять не только те, кому чуть больше 20.

Пожилые люди могут пригодиться в качестве консультантов-психологов, помощников учителей или даже шеф-поваров после определённой переподготовки. Футуролог моментально попал в заголовки британских газет, например, с предсказанием о том, что нынешние 10-летние дети будут жить до 120 и смогут оставаться работоспособными до своего 100-летнего юбилея. Но насколько это реально?

Эра долгожительства

Утром — таксист, вечером — курьер

Последние научные достижения, такие как произведённые на 3D-принтере ручные и ножные протезы, надеваемый на человека экзоскелет, помогающие улучшить память медикаменты, могут помочь сегодняшним детям жить дольше, чем их родители, и долгие годы оставаться активными.

«Возможно, они не смогут сохранить прежние темпы после десятилетий на рабочем месте», — говорит Тальвар.

Но они в любом случае будут оставаться работоспособными. По-прежнему будет оставаться масса специальностей, где в первую очередь будет востребован личный опыт, продолжит Тальвар: «Совершенно очевидно, что всё больше и больше рабочих мест будет отходить роботам, которые могут непрерывно работать круглые сутки».

По его мнению, продолжительная профессиональная жизнь даст людям возможность в течение жизни попробовать до 10 профессий. Они не будут концентрироваться на продолжительной карьере, вместо этого сменяя до 40 рабочих мест. За день они смогут работать сразу в нескольких местах, продолжает футуролог: утром будут сидеть за баранкой такси, а вечером развозить посылки по домам.

А почему нет?

Предсказания футуролога кажутся вполне реалистичными, если обратиться к демографическим данным. По сведениям Национальной статистической службы Британии, население страны продолжает стареть: в 2014 г. более полумиллиону человек перевалило за 90 лет, из них 14 450 человек отметили свой 100-летний юбилей, а тех, кому 105 и старше — 780.

Если предположить, что эта тенденция сохранится, можно ли допустить, что к 2100 г. пенсионный возраст можно будет поднять аж до 100 лет? Будут ли люди, кому за 80, умственно и физически готовы к тому, чтобы

ещё с два десятка лет продолжать работать?

«Мы вступаем в новую эру долгожительства, — говорит Сара Харпер, руководитель Оксфордского института, занимающегося изучением вопросов старения населения. — Но, похоже, мы также вступаем в эпоху нового понимания того, что следует подразумевать под работой».

«Просто сравните то, что было 100 лет назад, с тем, что мы имеем сейчас, — предлагает она.



— Многие женщины тогда умирали в свои 40 просто потому, что рожали слишком много детей. Слишком многие раньше умирали молодыми».

К тому времени, когда современным детям исполнится 100 лет, предсказывает Харпер, большинство профессий перестанут существовать в их нынешнем виде. Роботы возьмут на себя всю монотонную физическую работу, а люди смогут подстраивать свою работу под себя, свои семейные нужды и развлечения.

«Спустя время многие 100-летние смогут выполнять ту же работу, что и те, кому сейчас 65 или даже 50. Да и вообще, если поменять привычные стереотипы, то что такого особенного делает 30-летний, с чем не в состоянии справиться 50-летний человек?»

...Кстати, молодым билетёрам на футбольных матчах часто приходится выслушивать оскорбления фанатов, которые не особо беспокоятся, обидят ли их этим или нет. Но никто не посмеет поднять руку на древнего старика.

Юрий БОРИСОВ.

По информации
The Daily Telegraph.

Председатель синодального отдела по церковной благотворительности и социальному служению епископ Орехово-Зуевский Пантелеимон встретился с врачами из Москвы и Подмосковья – теми, кто, по его словам, «считает полезным для больного и для врача взаимодействие с Церковью».

В Марфо-Мариинской обители милосердия собрались врачи разных специальностей. Больше всего оказалось онкологов и гематологов, а также тех, чья работа связана с паллиативной помощью, были и врачи частной клиники, и участковые терапевты, педиатры и студенты медицинских вузов, медицинские сёстры.

Епископ Пантелеимон рассказал участникам встречи о больнице Святителя Алексия митрополита Московского, проектах службы «Милосердие», патронажной службе, Свято-Спирidonьевской богадельне, Свято-Димитриевском детском доме и службе помощи бездомным. Всем желающим владыка предложил участвовать в работе службы «Милосердие» и медучреждений в качестве волонтеров. Оказалось, что среди собравшихся уже есть врачи, которые посвящают своё свободное время работе в этом качестве.

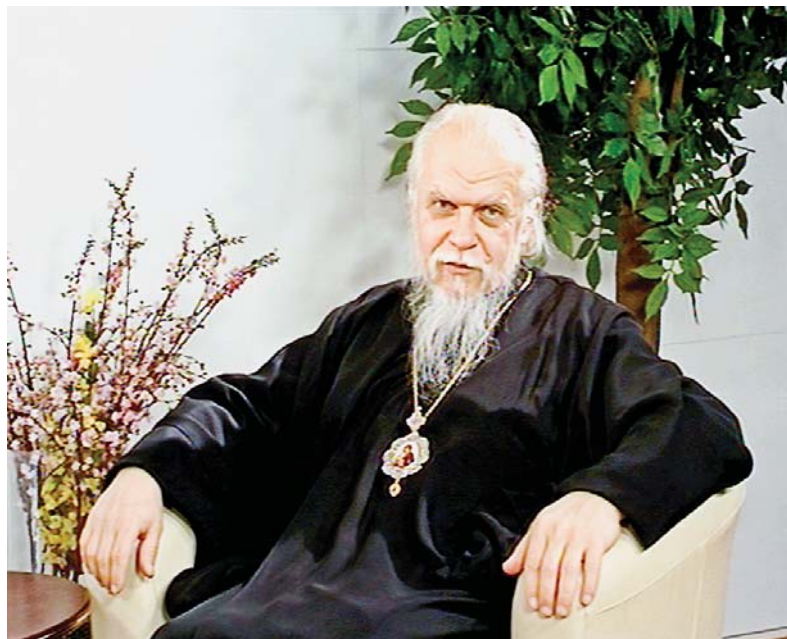
Глава синодального отдела рассказал, почему для него важно взаимодействие врача и священника – такое сотрудничество помогает пациенту не только подлечить тело, но и даёт возможность задуматься о спасении души.

Может ли врач говорить пациенту о вере? Тема эта очень деликатная. Ведь врач в глазах больного обладает огромным авторитетом, и если пациент

Акценты

Не столько слова, сколько добрые дела

Епископ Пантелеимон предложил врачам стать волонтерами службы «Милосердие» и медучреждений



согласится пойти в храм только из уважения к врачу и сделает это формально, не имея такой потребности, ничего хорошего из этого не выйдет, полагает священнослужитель. «Нельзя допускать, чтобы вера в Бога

стала для больного предметом торга: «Я уверю, а Господь за это меня исцелит». Но если врач верующий, он может молиться за своих больных, молитва врача – важная часть его служения.

Безусловно, верующий врач

должен свидетельствовать о своей вере, но не столько словами, сколько делами, любовью, которую он проявляет к пациентам, сказал председатель синодального отдела. Врач должен быть готов говорить с пациентом о вере, но для этого он сам должен хорошо знать, во что он верит, и уметь отвечать на самые разные вопросы.

Хорошо, когда священник и врач взаимодействуют. Но есть вопросы, в которых больной врачу верит больше, чем священнику.

Кроме тем духовных, обсуждались на встрече и сугубо материальные вопросы. Большой отклик вызвала проблема вознаграждения врачей.

Врач, которому надо кормить семью, порой, вынужден создавать собственные «экономические модели», но нужно понимать, что такая дикая и примитивная «экономика» не способствует ни процветанию здравоохранения, ни здоровью пациента. Все медики – участники встречи, согласились с тем,

что любой врач предпочёл бы получать вознаграждение в виде хорошей и стабильной зарплаты, а не стыдливой благодарности в конверте. Увы, вопрос, как отладить систему, чтобы это было возможным, остаётся открытым. Номинально медицина у нас бесплатная, а реально – средств хватает далеко не на всё.

Среди возможных источников финансирования врачи назвали создание попечительских советов и оказание платных услуг, но вопрос соотношения платной и бесплатной помощи тоже вызвал живейшее обсуждение.

Гости Марфо-Мариинской обители выразили надежду, что подобные встречи станут регулярными. Среди тем, которые врачи хотели бы обсудить на следующей встрече, – проблема выгорания. Епископ Пантелеимон выразил готовность ответить на вопросы врачей о вере и об особенностях взаимодействия с больными.

Иван МЕЖГИРСКИЙ.
МИА Сити!

Тенденции

В Санкт-Петербурге прошёл V Всероссийский съезд православных врачей, где обсуждалась тема «Церковь и традиции русской медицины». В его работе приняли участие священнослужители, представители региональных отделений Общества православных врачей России, их коллеги из Белоруссии, Украины и Казахстана, работники здравоохранения, студенты медицинских вузов, сёстры милосердия.



Так называемого противостояния науки и веры на самом деле нет, заметил в своём приветствии митрополит Санкт-Петербургский и Ладожский Варсонофий. «К сожалению, не до конца ещё изжито распространённое заблуждение о противостоянии науки и веры. Опровергает его сама жизнь не

Хранить традиции русской медицины

только примером великих учёных, которые, не скрываясь, позиционировали себя как глубоко верующие люди, но и каждого

одним из наиболее точных и глубоких выражений его мессианского подвига», – говорилось в другом приветствии участникам форума – митрополита Минского и Заславского Павла.

Епископ Пантелеимон напомнил о подвиге таких выдающихся врачей, как святитель Лука Войно-Ясенецкий. Их отличительной чертой было бесребреничество. Это качество воспитывается чтением Евангелия и участием в церковной жизни, отметил председатель синодального отдела. Врачи – одни из тех, кто прямо исполняет заповедь Христа, данную на Тайной Вечери – заповедь о служении людям. Помнить о том, что Христос умыл ноги своим ученикам, важно для врача. Любовь, щедрость в заботе о больных – традиционные и главные качества врача, подчеркнул епископ Пантелеимон.

К участникам форума обратился вице-губернатор Санкт-Петербурга Ольга Казанская: «В здравоохранении Северной



столицы сегодня внедряются самые передовые технологии и новейшие инновационные разработки. Но нужно всегда помнить, что в основании медицинской науки и практики лежит милосердное отношение к пациенту, осознание ценности человеческой личности, её духовности».

В рамках программы съезда обсуждены вопросы сохранения и укрепления традиций русской медицины, увековечения памяти тех, кто внёс значительный вклад в развитие мировой медицины, сохранение высокого звания врача, воспитание милосердного отношения к личности больного.

Съезд приветствовали руководитель Федерального медико-

биологического агентства России Владимир Уйба, помощник министра здравоохранения РФ Ирина Андреева, заместитель председателя городского Комитета по здравоохранению Татьяна Засухина, генеральный директор Северо-Западного федерального медицинского исследовательского центра им. В.А.Алмазова Евгений Шляхто, главный терапевт-пульмонолог Минздрава России, президент Российского респираторного общества, директор НИИ пульмонологии Александр Чучалин. Он передал Обществу православных врачей Санкт-Петербурга икону канонизированного Русской зарубежной церковью врача Евгения Боткина.

Во второй день работы съезда на секциях были озвучены доклады по неоднозначным моментам соприкосновения православного мировоззрения и медицинской науки, была принята резолюция.

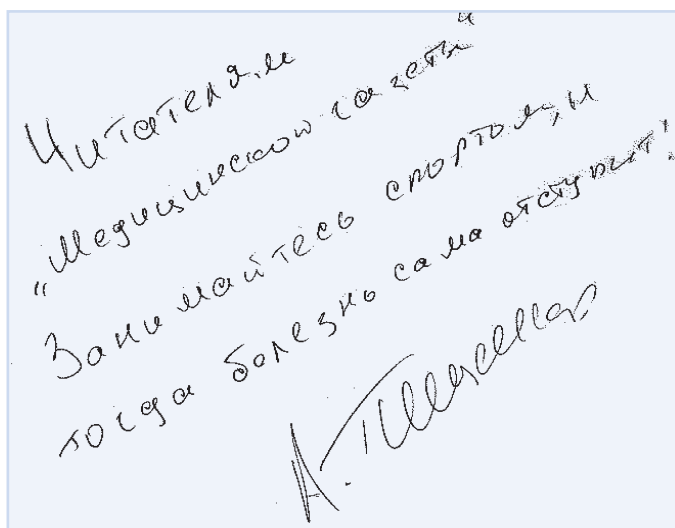
В день открытия съезда служба помощи «Милосердие» совместно с обществом помощи гематологическим больным «Мост Милосердия» провела традиционную донорскую акцию в здании синодального отдела по благотворительности Московского патриархата. Кровь смогли сдать 34 донора. Всего для детей и взрослых Московской области, страдающих заболеваниями крови, удалось собрать 15 л крови.

Иван МАЛОВ.
МИА Сити!

В будущем году Омску исполнится 300 лет, к этому «круглому» юбилею подготовка уже ведётся, но и недавно отмеченная вроде бы рядовая 299-я его годовщина стала для омичей и гостей города праздником. Причём совершенно трезвым в течение двух первых дней, выпавших на выходные. Продажа даже слабоалкогольных напитков, не исключая и пиво, была запрещена. Да и забыли все о спиртном, похоже, устремившись на многочисленные культурные мероприятия, среди которых особенно популярными стали физкультурно-спортивные – с уклоном в здоровый образ жизни.

Самым массовым из всех мероприятий оказалась общегородская зарядка, проведённая на Иртышской набережной. Её не игнорировали омичи всех поколений – от мала до стара. И в первую очередь, наверное, потому, что провёл её не кто-нибудь – чемпион Олимпийских игр в Афинах и Пекине Алексей Тищенко! У двукратного омского олимпийца-боксёра немало и других громких титулов: Заслуженный мастер спорта РФ, чемпион России, чемпион мира среди юниоров, чемпион Европы, бронзовый призёр чемпионата мира в США, обладатель пусть неофициального, но очень престижного в среде боксёров-любителей «Большого шлема».

Теперь Алексей, окончивший два высших учебных заведения – Сибирский государственный университет физической культуры и Сибирскую государственную академию управления, кандидат наук, не выступает в соревнованиях. Причина – полученная на ринге травма шейных позвонков. Но с боксом не расстался – он один из руководителей Омского центра олимпийской подготовки Федерации бокса. И в Омске его искренно почитают, как, впрочем, и в алтайском Рубцовске, где он родился в 1984 г. Почему и избирали Алексея Викторовича,



Алексей ТИЩЕНКО:

по многим параметрам для воспитания именно боксёров здание на улице Вавилова не подходит. Поэтому пока тренирую ребят, где и прежде, – в зале на Певцова, 1. В ближайшее время ситуация должна проясниться...

* * *

На этом блиц-интервью завершилось – двукратный чемпион Олимпийских игр опасался не успеть – не поверите! – в Театральный сквер Омска, где проходил Литературный марафон «300 минут с книгой: читаем Чехова вместе», посвящённый 155-летию великого писателя. Самые известные омичи читали землякам любимые ими произведения классика русской литературы, а боксёру Тищенко творчество Антона Павловича дорого: понятно и очень жизненно. И он, не очень-то публичный человек,

Всем в жизни нельзя быть довольным...

несмотря на его молодость, депутатом Законодательного собрания Омской области, а в городе Искилькуль Прииртышья год назад даже открыли школу бокса его имени. И если уж сам Тищенко на зарядку приглашает – такое приглашение дорогого стоит!

А после зарядки корреспондент «Медицинской газеты» задал несколько вопросов. И первым стал как раз вопрос по поводу физзарядки:

– Как часто в Омске проводится физзарядка, Алексей Викторович?

– В таком формате, как сегодняшняя – общегородская, – редко. К сожалению. Надо бы чаще...

– Ваша жена тоже спортсменка?

– Была. Школьницей. Но её профессия «менеджер» тоже близка к спорту.

– А как в вашей семье с зарядкой?

– В семье – я, жена и наш сын Семён, которому в июне исполнилось 3 года, – стараемся делать зарядку по утрам. Но не слишком активно, без больших нагрузок.

– По какому-то особенному комплексу упражнений, может, вами и разработанному?

– Нет, делаем обычные упражнения, которые используются в тренировочном процессе...

– Администрация Омска, на ваш взгляд, достаточно делает для популяризации спорта и здорового образа жизни?

– Мне как спортсмену, да ещё максималисту, конечно, кажется,

что чего-то не хватает. Всем в жизни нельзя быть довольным, всегда хочется чего-то большего... И в нашем городе, конечно, есть много мест, которые можно обустроить для занятий спортом, куда нужно вкладывать средства. Но, увы, не всегда их хватает. Надеюсь, что в будущем появятся и новые дворовые спортплощадки, и новые стадионы...

– В 2008 г., накануне Олимпийских игр в Пекине, министр спорта России поклялся, можно сказать, что завоевавшим золотые медали построят специализированные спортивные центры в их городах. К тому же именные. Что с таким центром в Омске, Алексей Викторович?

– Виталий Леонтьевич Мутко считает, что слово сдержал. Но

не мог не отозваться на просьбу омских библиотекарей принять участие в этом необычном действе, хотя преимущественно в нём участвовали деятели искусства, литературы. Выступила на этих чтениях и олимпийская чемпионка по биатлону Яна Романова... А ещё Алексея Тищенко ждали в центре города к торжественному запуску электронных часов, которые сейчас уже отсчитывают время, оставшееся до 300-летия Омска. И хочется думать, что вопрос с именным центром бокса решится до этого юбилея.

Беседу вёл
Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

Сокровенное

Бессонный друг

Я не сплю, и он не спит.
Вот таков мой друг – пульпит.

Незваные гости

Кто проблем с собой привёз –
Без тележки целый воз?
Это остеохондроз.

Не встать, не сесть, лежишь
с трудом –
Радикулит пришёл в твой дом.

Здравый вопрос

Послушай, друг, прерви застолье!
Задай себе простой вопрос:
К чему недуг своею волей –
Зачем для печени цирроз?

Протечка

– Ну, как, мудрейший, жизнь течёт?
Вопрос за душу цапает.
– Эх, жаль, что жизнь уж не течёт,
А отовсюду капает...

Проколы Кузьмича

Посетил Тайланд Кузьмич...
И проверился на ВИЧ.
Двух не будет разных мнений –
Почва есть для подозрений.
Слабый в дамах аналитик,
Он в итоге – сифилитик.

Подагра

Болезнь моя особая,
Подагрой называется.
К ней отношусь особо я,
Хотя она кусается.

Болят суставы разные,
Со скрипом мне шагаются,
Но мысли словно праздные –
Легко воображаются.

Да, соли те опасные
В суставах отлагаются,



Но голова-то ясная –
Задачи все решаются!

Болезнь Альцгеймера

Не найдёте бесполезней
Вы Альцгеймера болезни.
В голове одна мура,
Причём с самого утра.
Ещё хуже – к вечеру,
А поделать нечего!
Дважды в касе пробивал
Овощи и фрукты,
Но всё время забывал
Взять с собой продукты.
И к тому же вспомнил вдруг –
Забыл выключить утюг!
Хорошо напомнил друг:
– Ты же мне отдал утюг.
С.-Петербург.

Анатолий ИВАНОВ

Медицинские откровения

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

Дежурный член редколлегии – А.ПАПЫРИН.

Справки по тел.: 8-495-608-86-95, 8-916-271-10-90, 8-495-681-35-67.
Рекламная служба 8-495-608-85-44, 8-495-681-35-96, 8-967-088-43-55.
Отдел изданий и распространения 8-495-608-74-39, 8-495-681-35-96, 8-916-271-08-13.
Адрес редакции, издателя: пр. Мира, 69, стр. 1, Москва 129110.
E-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения).
«МГ» в Интернете: www.mgzt.ru
ИНН 7702036547, КПП 770201001, р/с 40702810738090106416, к/с 30101810400000000225, БИК 044525225 ОАО «Сбербанк России» г. Москва

Отпечатано в АО «ПК «ЭКСТРА М» 143405 Московская область, Красногорский район, г. Красногорск, автодорога «Балтия», 23 км, владение 1, дом 1.

Заказ № 15-09-00726
Тираж 31 098 экз.
Распространяется по подписке в России и других странах СНГ.

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

Газета зарегистрирована Министерством Российской Федерации по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций. Свидетельство о регистрации: ПИ № 77-7581 от 19 марта 2001 г. Учредитель: ЗАО «Медицинская газета».

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