

Медицинская

14 января 2015 г.
среда
№ 1 [7523]

Газета®

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

В особых условиях

Учения — экстрим для медиков

Чтобы тяжёлых последствий на трассе было меньше



На федеральной трассе М5 прошли экстремальные учения Центра медицины катастроф. Тренинг состоялся под Саткой, на одном из самых опасных участков автодороги, где была задействована мобильная бригада скорой медицинской помощи.

Именно она в рамках пилотного проекта с 1 октября этого года обеспечивает медицинское прикрытие этого участка автодороги, где зафиксировано наибольшее число ДТП. Оценить уровень подготовки медицинских работников прибыл главный специалист по медицине катастроф Минздрава Челябинской области Игорь Ребиков.

В «автокатастрофе» на этот раз столкнулись два легковых автомобиля. Пострадали четыре взрослых человека, у каждого из которых — различные травмы. На место аварии уже через 7 минут прибыли сразу

Учения в разгаре

два экипажа: скорой медицинской помощи и мобильная бригада Центра медицины катастроф.

— Учитывая сегодняшние погодные условия, снег и дождь, а также обстановку на трассе, мы трудимся в режиме повышенной готовности, — пояснил главный врач станции скорой помощи Сатки, руководитель муниципального Центра медицины катастроф Александр Гушин.

Благодаря слаженной работе медицинских сотрудников и их профессионализму все пострадавшие были спасены. После оказания первой медицинской помощи на месте происшествия люди были госпитализированы в Саткинскую центральную районную больницу, где им провели необходимые обследования и оказали помощь в полном объёме.

Главный специалист по медицине катастроф Минздрава области Игорь

Ребиков оценил работу коллег, продемонстрировавших оказание медицинской помощи на догоспитальном этапе, на высоком уровне.

— Мобильная бригада работает целенаправленно для оказания помощи пострадавшим в авариях. Медики вооружены реанимобилем. Это автомобиль, отлично оснащённый специальным медицинским оборудованием для поддержания жизни, — рассказал И.Ребиков.

В течение минувшего года местный центр медицины катастроф неоднократно проводил учения совместно с госавтоинспекцией. И результаты впечатляют. Тяжёлых последствий после аварий на трассе М5 стало значительно меньше.

Мария ХВОРОСТОВА,
внешт. корр. «МГ».

Челябинская область.

Поздравляем!

Дорогие друзья!

Сердечно поздравляю вас с наступившим новым 2015 годом!

Этот год имеет для Профсоюза работников здравоохранения РФ особое значение. В 2015 г. VI съезд нашей общероссийской общественной организации завершается отчётно-выборная кампания в профсоюзе, отмечающем свое 25-летие.

Перед нами стоят большие задачи, которые можно реализовать только совместными усилиями. Я, как и прежде, рассчитываю на вашу активность и всестороннюю поддержку. Уверен, что ответственность, целеустремлённость и преданность нашему делу помогут закрепить и приумножить полученные хорошие результаты.

В наступившем году желаю вам крепкого здоровья, оптимизма и обязательно верить в свои силы. Пусть этот год будет успешным для вас и ваших близких, принесёт в каждую семью, мир, согласие и благополучие, откроет новые перспективы и даст возможность осуществить намеченные планы.

Михаил КУЗЬМЕНКО,
председатель Профсоюза работников здравоохранения РФ.



СЕГОДНЯ В «МГ»

Новые правила диспансеризации

Стр. 4

Первый банк грудного молока в России

Стр. 5

Распределение до поступления в вуз возможно?

Стр. 6

Конспект врача. Субарахноидальное кровоизлияние

Стр. 8-9

Государство поддерживает инвесторов российской фармы

Стр. 12

Учёные прогнозируют достижения медицины до 2115 г.

Стр. 14

Инициатива

Ради благого дела — круглые сутки

С первых дней года администрация Приморского краевого противотуберкулёзного диспансера открывает отделение для лечения ВИЧ-инфицированных в сочетании с туберкулёзной инфекцией. Помещение дневного стационара уже полностью готово к работе по назначению, пока окончательно не решён только вопрос количества коек — их будет либо 40, либо 60.

— Это очень сложные пациенты, и при ВИЧ-инфекции, и при туберкулёзе применяется химиопрофилактика с использованием тяжёлых препаратов, — пояснила главный врач диспансера Светлана Варгата. — Люди боятся идти лечиться в стационар. Кто-то стесня-

ется своего заболевания, кто-то не хочет, чтобы о нём стало известно окружающим, кто-то не верит, что им могут оказать качественную помощь ввиду отсутствия квалифицированных специалистов. На это отвечаю, что на сегодняшний день у нас прошли

специальную подготовку три доверенных доктора с допуском для работы с такими больными.

Характерно, что 70% ВИЧ-инфицированных Приморья умирают от туберкулёза. За 9 месяцев 2014 г. в крае поставлено на учёт 126 впервые выявленных людей с туберкулёзом и ВИЧ-инфекцией. Это ВИЧ-инфицированные, впоследствии заболевшие туберкулёзом.

Николай ИГНАТОВ.

Владивосток.

DIXION
МЕДИЦИНСКАЯ ТЕХНИКА ОТ ЕДИНОГО ПРОИЗВОДИТЕЛЯ

ОСНАЩЕНИЕ ОТДЕЛЕНИЙ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ

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

Новости

По планшету на бригаду

«С 2015 г. все бригады скорой помощи в столице обзаведутся так называемыми абонентскими комплектами для более оперативного приёма вызовов. Это будут планшеты, которые эффективно заменят мини-компьютеры, функционирующие в настоящее время», – заявил главный врач Станции скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С.Пучкова Николай Плавунин.

Он отметил, что с помощью таких устройств бригады «03» смогут на месте вводить данные о пациенте в карту вызова в электронном виде. Сейчас карты заполняют от руки. Он также подчеркнул, что впоследствии с помощью нового оборудования электронные данные о вызовах можно будет передавать в аналитическую систему амбулаторного звена московского здравоохранения. «Это позволит врачам в режиме реального времени видеть, что к их пациенту выезжала «скорая», – резюмировал он.

Внедрение планшетов очень своевременно. Такое нововведение позволит сократить объёмы работы. В настоящее время, как известно, многим сотрудникам бригад «03» приходится заполнять карточки после смены, потому что в дороге и во время посещения пациента на это попросту нет времени.

Какое именно количество средств будет потрачено на оснащение «03» планшетами, не уточняется, однако в наступившем году власти планируют по одному планшету на каждую бригаду «03».

Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ.

Москва.

Не наказывать, а научить

В Красноярском крае продолжается работа по повышению уровня онкологической настороженности у врачей и среднего медицинского персонала, работающих в первичном звене здравоохранения и районных больницах.

Специалисты краевого клинического онкологического диспансера провели для медработников очередной обучающий семинар, на этот раз по профилактике, диагностике и лечению рака шейки матки. Они также побывали в нескольких лечебных учреждениях и оценили работу смотровых кабинетов, уровень знаний врачей по раннему выявлению опухолевых заболеваний, эффективность проведения онкоскрининга и качество оказания помощи онкологическим больным.

При этом первостепенная задача специалистов диспансера не в том, чтобы выявить недостатки в работе коллег общей лечебной сети и наказывать за это, а чтобы разъяснить важность их работы по своевременному выявлению злокачественных новообразований и обучить методам онкологического скрининга.

В наступившем году продолжатся поездки специалистов-онкологов в районы Красноярского края с наиболее высокими показателями заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований.

Елена БУШ.

Красноярск.

В кризис не до капризов

В 2014 г. по программе «Земский доктор» в районах Новосибирской области приступили к работе 93 врача. Среди них преобладают участковые терапевты, стоматологи, хирурги и акушеры-гинекологи. Наиболее популярными у «земских докторов» оказались ближайший к областному центру Новосибирский сельский район, наукоград Кольцово и два отдалённых района – Чановский и Краснозерский, где главные врачи ЦРБ проявили наибольшую активность в привлечении новых кадров.

Это самый большой приток молодых специалистов в сельское здравоохранение региона за время реализации федерального проекта: по данным Минздрава Новосибирской области, в течение предыдущих 2 лет возможностью получить миллион рублей воспользовались всего 137 человек с дипломами медицинских вузов. Вероятно, нынешние макроэкономические процессы, происходящие в стране, заставляют выпускников медвузов более трезво оценивать предоставляемые государством возможности.

Елена ЮРИНА.

Новосибирск.

Чукотка врачами обеспечена

По статистике Министерства здравоохранения РФ, в Чукотском автономном округе обеспеченность врачами составляет 64 специалиста на 10 тыс. человек, что является самым высоким показателем среди субъектов страны, где в среднем не более 40 врачей на 10 тыс. жителей. Об этом корреспонденту «МГ» сообщил начальник Департамента здравоохранения Чукотского АО Евгений Подлесный.

«Для поддержания данного показателя в регионе действует государственная программа «Развитие здравоохранения», в рамках которой мы оказываем финансовую поддержку врачам, прибывшим для работы на территорию округа, – сказал руководитель департамента.

По мнению Е.Подлесного, на Чукотке ещё предстоит выстроить эффективную систему распределения специалистов по населённым пунктам. «В 2015 г. мы планируем продолжить кадровую оптимизацию отрасли, при этом не затрагивая врачей, а сокращая численность административно-управленческого персонала. На этом можно сэкономить порядка 70 млн руб. бюджетных средств в год. Также ещё около 30 млн будут сохранены за счёт расширения стационарозамещающих технологий, усилив работу дневных стационаров, но не закрывая участковые и районные больницы», – рассказал Е.Подлесный.

Он пояснил, что сезонные средства будут направлены на повышение заработных плат медперсонала. Это позволит привлечь дополнительных специалистов в те районы Чукотки, где сегодня наблюдается нехватка врачей.

Николай РУДКОВСКИЙ.

Анадырь.

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

Работают мастера

Семь тысяч операций на открытом сердце

Таковы достижения омских кардиохирургов

В кардиохирургическом отделении Омской областной клинической больницы проведена 7000-я операция на открытом сердце в условиях искусственного кровообращения. Специалисты считают её нерядовой, потому что прооперирован ребёнок, которому нет ещё и 2 лет. Он родился с врождённым пороком сердца, но теперь его жизнь вне опасности, и вскоре, пройдя курс реабилитации, он будет выписан из клиники.

Примечательно, что схожую с этой высокотехнологичную операцию омские кардиохирурги провели год назад. Тогда пациенту с тяжёлой сердечной недостаточностью, осложнённой низкой фракцией выброса левого желудочка, имплантировали систему вспомогательного кровообращения. Омская ОКБ стала третьей в России, где при таком сложнейшем оперативном вмешательстве была использована отечественная система вспомогательного кровообращения, которая по многим параметрам превосходит зарубежные аналоги. Прежде в нашей стране имплантировали исключительно зарубежные модели. Сейчас этот пациент самостоятельно водит автомобиль и не чуждается других физических нагрузок.

А вообще-то первая операция в условиях искусственного кровообращения была проведена в главной клинике Прииртышья 30 ноября 1983 г., а ещё через 6 лет её кардиохирурги внедрили в



Сложнейшую операцию ребёнку в возрасте 1 год 11 месяцев проводят кардиохирурги Омской областной клинической больницы

свою практику и операции по хирургическому лечению ишемической болезни сердца – так называемое аортокоронарное шунтирование. Как рассказал заведующий кардиохирургическим отделением Омской ОКБ, доктор медицинских наук, заслуженный врач РФ Валерий Цеханович, стремительный рывок в развитии омской кардиохирургической школы случился 10 лет назад, когда отделение было полностью реконструировано и обеспечено самой современной на ту пору медицинской техникой, которая теперь ежегодно обновляется и пополняется.

Сегодня кардиохирургическое отделение Омской ОКБ – это современный многофункциональный центр с высоко-

технологичным оборудованием и высокопрофессиональными специалистами. В отделении работают 11 врачей с высшей квалификационной категорией, 2 доктора медицинских наук, 5 кандидатов медицинских наук, 3 заслуженных врача РФ. И ежегодно ими проводится свыше 500 операций на открытом сердце в условиях искусственного кровообращения. Абсолютное большинство прооперированных пациентов возвращаются к нормальной жизни, и среди них немало детей, которых совсем недавно можно было спасти только в федеральных медицинских центрах.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

Перспективы

В содружестве с мэрией

Попечительский совет Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова будет работать в активном взаимодействии с правительством Москвы. Об этом говорилось на рабочем заседании совета, который возглавляет мэр Москвы Сергей Собянин.

Уже подготовлена детальная программа, решён целый ряд жизненно важных для университета вопросов. Например, проработан механизм возврата в собственность вуза учебного корпуса в Тропарёво, принято решение о создании Сеченовского предвуниверситетского центра университета ГКБ № 61. 28 декабря на стадионе «Буревестник» состоялся технический пуск бассейна для студентов и сотрудников Первого Меда, построенного при долевого участия московской мэрии. – Возможности и интересы

университета и города будут объединены в ходе создания московской системы образовательно-кадрового континуума в здравоохранении: школа – университет – клиника, – заявил в своём докладе ректор Первого МГМУ им. И.М.Сеченова член-корреспондент РАН Пётр Глыбочко. – Будет расширяться комплекс школы – вуз. Это произойдёт за счёт системы медико-биологических классов школ и лицеев Москвы. Предполагается и организация городского медицинского волонтерского центра. Следующие шаги – оптимизация механизмов целевого приёма и подготовки, создание единой системы аккредитации медицинских работников столицы, программа подготовки специалистов по управлению и экономике здравоохранения, объединение электронных образовательных и информационных ресурсов Первого Меда и города, внедрение передовых методик обучения на всех уров-

нях подготовки кадров и многое другое.

– Одним из важнейших направлений мы считаем создание системы университетских клиник, – пояснил П.Глыбочко. – Это апробированная в мире модель, которая обеспечит не только качественно иной уровень подготовки специалистов, но и самую квалифицированную помощь нашим пациентам.

Достаточно бурную реакцию собравшихся вызвало обсуждение существующего законодательного запрета преподавателям медицинских кафедр вести клиническую практику на базе городских больниц. Мэр города и ректор университета объявили о скором подписании взаимного пакета документов «Москва – Первый МГМУ им. И.М.Сеченова» для реализации в пилотном режиме программы «Университетские клиники Москвы».

Павел АЛЕКСЕЕВ.

МИА Cito!

Москва.

В центре внимания

Министр ответила на вопросы

Глава Минздрава России ответила на вопросы интернет-пользователей, которые ей задавали как представители профессионального сообщества, так и пациенты. Всё действие происходило на сайте Минздрава России в процессе прямых включений из регионов.

Министр считает, что в 2014 г. работа ведомства была сосредоточена на трёх направлениях: повышение эффективности диспансеризации населения, совершенствование медицинской помощи матери и ребёнку и доступность высокотехнологичной медицинской помощи.

– В ходе широкомасштабной диспансеризации 2014 г. обследовано более 37 млн человек, в том числе 15 млн детей, – отметила Вероника Игоревна. – В итоге у 19% прошедших диспансеризацию впервые были выявлены заболевания, у 45% взрослого населения страны уже сформированы хронические заболевания.

Министр подчеркнула, что опросы общественного мнения, проведённые ВЦИОМ, подтвердили, что 71% населения страны считают диспансеризацию позитивным шагом к сохранению здоровья и готовы проходить её регулярно.

– Показатели младенческой смертности достигли наиболее низких значений за всю историю нашей страны, составив 7,5 на 1000 родившихся живыми, – сказала она. – Таким образом, в 2014 г. младенческая смертность снизилась на 8,5% по сравнению с прошлым годом.

Благодаря снижению, по сравнению с 1990-ми годами, младенческой смертности в 3,5 раза и материнской смертности в 4 раза, Российская Федерация уже достигла четвёртой и пятой целей тысячелетия ООН.

Доля высокотехнологичной ме-

дицинской помощи благодаря включению в базовую программу ОМС также существенно увеличилась: по результатам 11 месяцев 2014 г. ВМП получили 657 тыс. человек, в прошлом году – 505 тыс.

Не обошли своими вопросами пользователи Интернета оптимизацию системы здравоохранения. В.Скворцова убеждена, что все преобразования должны быть очень деликатными и выверенными. В министерстве эти изменения не называют реформой: идёт так называемая калибровка системы, задаются новые значения в системе координат, исходя из «дорожных карт» регионов и их особенностей, специфики развития.

Министр разъяснила, как идёт создание образовательных сертификатов для врачей. Каждый из них будет состоять из трёх блоков: теоретическая подготовка, симуляционно-тренинговое образование и стажировки по рабочим специальностям. «Один сертификат составляет 128 рабочих часов. Врач сам может выбрать, какие компетенции он хочет развить и какое образование он хочет получить», – отметила В.Скворцова.

Информатизация здравоохранения должна позволить уменьшить бумажный документооборот.

– В конце 2014 г. были проведены хронометрические исследования, в результате которых было выявлено, что 46-50% времени врача уходило на написание всевозможных бумаг, – акцентировала министр. – Мы ввели новые нормативы, благодаря которым документооборот занимает 35% времени. Таким образом, из 18 документов, которыми был обязан заниматься врач, теперь остались только 3. Благодаря принятым мерам врач сможет больше времени уделять пациенту.

Минздравом России подготовлен пакет антикризисных мер. Он позволит защитить пациентов от

колебаний курсов валют и скачков цен на лекарства и медизделия. Прежде всего они касаются лекарственной сферы.

– Мы провели ряд встреч со всеми основными производителями лекарств и медизделий, работающих на нашем рынке, а также встретились с ассоциациями как зарубежных, так и отечественных производителей, – сказала глава Минздрава. – Мы сделали несколько выводов.

Во-первых, никто не планирует уходить с нашего рынка. Все в нём заинтересованы. Во-вторых, всё лояльно и по-доброму относятся к определённым непростым моментам нынешней ситуации и готовы вместе с нами чисто пройти через этот сложный период, чтобы население Российской Федерации никаким образом не пострадало и уровень лекарственного обеспечения остался высоким и стабильным.

В.Скворцова заверила, что программы оказания бесплатной медицинской помощи будут развиваться. Однако ни в коем случае нельзя ограничивать возможности государственно-частного партнёрства.

– Если частные компании готовы закупать оборудование, создавать инфраструктуру и обеспечивать население медицинской помощью в рамках программы государственных гарантий, это необходимо поддерживать, – пояснила она.

В 2013 г., отметила министр, была разработана модель национальных клинических протоколов для разных специальностей. К 2015 г. их создано порядка 1200. Единые критерии качества, указанные в клинических протоколах, стали одним из факторов снижения смертности населения.

Алексей ПАПЫРИН,
корр. «МГ».

Москва.

Итоги и прогнозы

ЦРБ оснастят наркологическим оборудованием

Актуальные вопросы реабилитации наркозависимых рассмотрели в правительстве Хабаровского края на очередном заседании антинаркотической комиссии, которое провёл заместитель председателя правительства края по вопросам безопасности Иван Ильц.

Как сообщил министр здравоохранения края Александр Витько, в регионе выстроена достаточно эффективная система выявления, лечения и медико-социальной реабилитации лиц, потребляющих наркотики. В частности, с 2008 по 2014 г. количество наркозависимых пациентов, входящих в стадию ремиссии (ослабление или исчезновение симптомов), возросло в 6 раз.

В то же время, по словам министра, динамика прохождения медико-социального восстановления свидетельствует о недостаточном охвате наркозависимых лиц реабилитационными мероприятиями. Сложность заключается в территориальной отдалённости центральных районных больниц от химикотоксикологических лабораторий наркологических учреждений края.

– Для решения проблемы с 2015 г. мы постепенно начнём оснащать центральные районные больницы современным наркологическим лабораторным оборудованием, которое позволит проводить предварительные химико-

токсикологические исследования на местах, – сказал А.Витько.

Также глава Министерства здравоохранения края сообщил, что уже в начале года в Комсомольске-на-Амуре откроется межрайонный наркологический диспансер, где смогут проходить реабилитацию жители отдалённых территорий края.

Члены комиссии отметили, что всё большую роль в реабилитации наркозависимых играют общественные организации. С каждым годом количество профильных НКО в крае растёт. В рамках общественно-государственного партнёрства для них регулярно проводятся обучающие мероприятия, оказывается грантовая поддержка.

Как подчеркнул И.Ильц, в ближайшее время необходимо проработать вопрос о включении социально ориентированных НКО в реестр поставщиков социальных услуг в соответствии с новыми требованиями федерального законодательства.

Эти и другие мероприятия включены в план по созданию в Хабаровском крае региональной системы комплексной реабилитации и ресоциализации наркозависимых на 2015-2017 гг.

Николай ИГНАТОВ.

МИА Сити!

Хабаровск.

Ну и ну!

Ещё раз о наболевшем



12% населения нашей страны страдают алкоголизмом – к такому неутешительному и даже, можно сказать, пугающему выводу пришёл на днях главный нарколог Минздрава России Евгений Брюн.

По словам эксперта, среди больных алкоголизмом 2% вовсе не имеют в своём организме ферментов, расщепляющих алкоголь. Кроме того, у 10% таких страдальцев эта болезнь сопровождается всякого рода соматическими расстройствами.

Е.Брюн также по ходу разговора на эту вечно актуальную тему подчеркнул, что единой усреднё-

ной «безопасной» дозы алкоголя для человека нет. «Если брать в среднем, то это примерно 30-50 мл крепкого, 40-градусного напитка, или бокал вина. Но как это индивидуально сказывается на организме, мы сказать не можем», – отметил он.

Наряду с этим главный нарколог страны сказал, что работа над законопроект о принудительном лечении граждан, лишённых водительских прав за вождение в состоянии алкогольного опьянения, начнётся в самом начале 2015 г.

Алина КРАУЗЕ.

МИА Сити!

Перспективы

На рынке лекарств неспокойно

В настоящее время в России установлен еженедельный мониторинг за ценами на лекарственные препараты, сообщила на совещании председателя Правительства РФ Дмитрия Медведева с вице-премьерами в подмосковных Горках заместитель главы кабинета министров Ольга Голодец.

Сейчас установлен еженедельный мониторинг за ценами на лекарственные препараты, прежде всего на свободном рынке, – сказала вице-премьер. – Я напомню, что у нас существует список

жизненно важных препаратов, по которому установлены серьёзные ограничения цен. По жизненно важным препаратам цены с начала года выросли меньше инфляции и составляют 4%.

Я напомню, что сегодня 3,5 млн человек – это льготники по лекарствам. В первую очередь мы обращаем внимание регионов на исполнение своих обязательств по детям до 3 лет, по тем группам, которые находятся в серьёзной зависимости от лекарственных препаратов. По самым сложным нозологиям (по программе «Семь нозологий») в государстве

создан запас на 9 месяцев.

Одновременно обсуждается тема, что мы профинансируем дополнительно из антикризисного фонда определённую сумму, сумма просчитана. Так что мы сегодня чувствуем себя достаточно уверенно.

«Вместе с Минздравом следите за ситуацией, потому что она действительно очень чувствительная и важная для людей», – подчеркнул председатель Правительства РФ.

Иван ВЕТЛУГИН.

МИА Сити!

К нашим читателям

Редакция «МГ» в новых условиях

Уважаемые читатели «МГ»! Итак, ещё раз поздравляем вас теперь уже с наступившим новым годом! Многие в новом году намерены строить свою жизнь по-новому, и мы в их числе. В связи с этим хотим вам сообщить следующее: с первых дней 2015 г. редакция «Медицинской газеты» продолжит свою работу по новому адресу. Мы распрощались со старыми, «заслуженными», но весьма ветхими и пыльными стенами, где пребывали почти полвека, – на Большой Сухаревской площади и переехали совсем недалеко, на

проспект Мира, в современный корпус, где более свободная, экологически благоприятная атмосфера и где мы настроены делать газету для вас ещё более интересной, ещё более востребованной.

Итак, вот наши новые координаты: **Москва, проспект Мира, дом 69, строение 1, 5-й этаж.**

Как говорится, до новых встреч! Верим, что эти встречи будут очень полезными для всех нас!

Редакция «МГ».

«Наша задача заключается в том, чтобы диспансеризация заканчивалась назначением индивидуальных действенных профилактических программ», – заявила министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова на Всероссийском семинаре-совещании под руководством вице-премьера Ольги Голодец по вопросам социального развития в субъектах Федерации.

Продуманная система скринингов

«Система медицинской профилактики и диспансеризация населения является основным элементом первичной медицинско-санитарной помощи. Неслучайно в 2013 г. мы вернулись к крупномасштабной диспансеризации, и за первый же год обследовали более 35,5 млн человек, – сказала В.Скворцова. – Однако я бы хотела отметить, что проводимая сегодня диспансеризация отличается от советской. Мы оставили слово «диспансеризация» только для того, чтобы у населения были ассоциации со знакомым им мероприятием. На самом деле сегодня диспансеризация – это продуманная система скринингов, направленных на самые распространённые заболевания, которые фактически укорачивают жизнь нашего населения. За 10 месяцев 2014 г. диспансеризацию уже прошли около 19 млн взрослых россиян – чуть более 80% от плана. Из них 4 млн человек направлены на второй этап диспансеризации – углублённое обследование».

Как свидетельствуют результаты диспансеризации, сформированные хронические заболевания имеют более 40% россиян. Причём у каждого 13-го выявляются сосудистые патологии, у каждого 126-го – патология органов дыхания и только у каждого 758-го – злокачественные новообразования – не потому, что редко встречаются, а из-за недостаточной выявляемости.

«Увеличить выявляемость онкозаболеваний – важная задача следующего года, – подчеркнула В.Скворцова. – Каждый регион получил от Минздрава расчётные показатели необходимой выявляемости пяти главных злокачественных опухолей, которыми страдают и от которых умирают граждане. По итогам уходящего года, лишь треть онкозаболеваний выявляется активно, на ранних стадиях – не более 60%. Несвоевременное выявление влечёт за собой запущенность и неизлечимость данных забо-

Профилактика

Что за словом «диспансеризация»?

Подготовлены новые правила, включающие дополнительные обследования для курильщиков



Главное – предотвратить развитие будущего заболевания

леваний, и с этим мы должны бороться».

Кроме того, по данным 2014 г., ещё не страдают хроническими заболеваниями, но имеют факторы риска 22% взрослых россиян. Прежде всего среди факторов риска – повышенное давление, сердечная аритмия, изменение сахара крови, что может привести к сосудистой патологии.

«Это важнейшая целевая группа: они ещё не больные в прямом смысле слова, им можно помочь – предотвратить развитие будущего заболевания. Мы будем работать над этим», – заверила глава Минздрава.

Как считает председатель Правительства РФ Дмитрий Медведев, повысить эффективность диспансеризации могут условия её прохождения. «Мы занимаемся модернизацией системы здравоохранения, вернулись к практике диспансеризации, но для того, чтобы она приносила свои плоды, нужно создать комфортные

условия. Обычно с этим не всегда хорошо получается», – сказал он на заседании Правительства РФ, обсудившем весной этого года результаты диспансеризации.

Вице-премьер РФ по социальной политике Ольга Голодец отмечает, что диспансеризация «дала свои абсолютно чёткие результаты». «Было выявлено почти 3 млн человек с болезнями органов кровообращения, 21 346 случаев злокачественных новообразований, – продолжила она. – Это два очень важных показателя, которые непосредственно влияют на продолжительность жизни населения». Заместитель главы правительства подчеркнула, что раннее выявление этих болезней позволяет принять необходимые меры и вылечить людей. «Всем назначено лечение, и сегодня мы надеемся, что выявление на ранних стадиях заболеваний действительно позволит нам избежать преждевременных летальных исходов», – сказала О.Голодец.

Россияне – «за»

Согласно данным опроса ВЦИОМ, 71% россиян из всех регионов страны подтвердили готовность регулярно проходить диспансеризацию, порядок которой будет пройти гражданин Российской Федерации. Так, согласно поручению Правительства РФ, данному Минздраву во исполнение Послания Президента Федеральному собранию, в сотрудничестве с рядом структур Министерство здравоохранения должно обеспечить проведение начиная с 1 января 2015 г. ежегодной бесплатной диспансеризации подростков моложе 18 лет и 1 раз в 3 года – бесплатной диспансеризации взрослого населения.

Министерство здравоохранения РФ вновь подготовило изменения в порядок всеобщей диспансеризации, которые исключают часть исследований и включают, в частности, новые, дополнительные обследования для курильщиков. При этом, как утверждают в министерстве, руководствовались медико-экономическими итогами диспансеризации 2013 г., когда готовили новый порядок обследования.

Изменения коснулись первого этапа диспансеризации, например, мужчинам в возрасте 69 или 75 лет будут проводить помимо УЗИ поджелудочной железы, исследования почек и предстательной железы, брюшной аорты. Это необходимо для исключения аневризмы и будет проводиться тем, кто когда-либо курил. Исследовать кал на скрытую кровь теперь будут не с 45 лет, а только с 48.

Из первого этапа диспансеризации исключено определение

уровня простатспецифического антигена в крови для мужчин в возрасте старше 50 лет. Теперь оно перенесено на второй этап диспансеризации – при подозрении на рак простаты и по назначению хирурга или уролога. При этом в программе диспансеризации остался общий анализ мочи, несмотря на то, что ранее его предполагали исключить из медосмотра.

А вот профилактический приём врача-невролога для граждан в возрасте 51 год и старше из первого этапа диспансеризации всё же убрали. Осмотр невролога будет проводиться на втором этапе для пациентов, которые ранее перенесли инсульт, страдают двигательными и когнитивными нарушениями, а также при подозрении на депрессию у россиян старше 75 лет.

Обязательными для всех, кто придёт к врачу, по-прежнему будет заполнение анкеты, беседа с терапевтом, антропометрия, измерение давления, флюорография, определение суммарного сердечно-сосудистого риска, уровня глюкозы и холестерина.

Во второй этап диспансеризации также внесены изменения. Теперь консультацию хирурга или уролога будут проходить мужчины с подозрением на заболевания предстательной железы не с 50 лет, а с 42 до 69 лет. Колоноскопия или ректороманоскопия обязательны для пациентов любого возраста при подозрении на онкологическое заболевание толстой кишки.

Во второй этап диспансеризации впервые войдёт спирометрия – для курящих пациентов, а также для пациентов с подозрением на бронхолёгочное заболевание или по направлению терапевта.

Константин ШЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

Москва.

Перспективы

В Амурской области будут созданы кризисные центры для беременных женщин. Об этом заявил губернатор Олег Кожмяко на научно-практической конференции акушеров-гинекологов. Мероприятие прошло на базе Амурской областной клинической больницы.

Помимо акушеров-гинекологов и подростковых врачей, на конференции присутствовали заместители глав муниципальных образований по социальным вопросам, руководители высших и средних специальных учебных заведений. Основной темой конференции стало улучшение демографической ситуации в регионе. Особое внимание докладчики заострили на здоровье и помощи в планировании беременности молодым амурчанкам, готовящимся к материнству впервые.

Как отметил в своём докладе губернатор Олег Кожмяко, амурский показатель по абортам превышает российский: если по России в 2013 г. он был равен 26,7% на тысячу женщин, то в Амурской области эта цифра на уровне 43,7.

Кризисные центры для беременных

– Из-за абортов Амурская область ежегодно недосчитывается около 7 тыс. маленьких амурчан, – отметила начальник отдела организации медицинской помощи женщинам и детям Министерства здравоохранения области Людмила Моногарова.

Главная опасность в том, что основная группа амурчанок, прерывающих беременность, – женщины в возрасте 20–24 лет, ещё не испытавшие счастье материнства. Именно прерывание первой беременности нередко отягощается в дальнейшем и рождением детей с патологиями, и подрывом здоровья будущей матери, и вовсе её бесплодием.

К сожалению, ситуация в Амурской области по новорождённым не совсем благоприятная, отмечают

врачи. Это касается низкого уровня здоровья беременных, а соответственно и низких показателей рождённых ими детей.

– Мы создали трёхуровневую систему родовспоможения. И все беременные группы риска рождают в областном перинатальном центре. Здесь появляются на свет самые тяжёлые дети. В том числе с экстремально низкой массой тела. Не секрет, что сегодня мы выхаживаем детей, начиная с 500 г, которые раньше считались выкидышами. Такие малыши требуют применения самых современных технологий для выхаживания, нуждаются в искусственной вентиляции лёгких, дорогостоящей медикаментозной терапии, – констатировала Л.Моногарова.

Говоря о причинах снижения демографических показателей, Олег Кожмяко отметил: основной фактор – низкий социально-экономический уровень потенциальных мам. А нередко молодые амурчанки идут на аборт, потому что просто не нашли понимания у своих близких.

– При правительстве Амурской области создана рабочая группа по разработке стратегии улучшения демографической ситуации в регионе. Разработана концепция по улучшению демографической ситуации на 2014–2018 гг., – сделал акцент губернатор. – Она включит создание кризисных центров для беременных женщин, в которых с ними будут работать все необходимые

специалисты, включая психологов. Должны быть созданы условия, исключающие прерывание беременности и создающие благоприятную обстановку для рождаемости. В частности, у мам, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, должна быть возможность временного размещения малыша.

По словам главы региона, необходимо создавать дошкольные группы круглосуточного пребывания детей, игровые комнаты по присмотру за ними на базе высших и средних учебных заведений, привлекать волонтеров для ведения просветительской работы. Должна быть разработана программа семейного воспитания, чтобы снизить количество абортов, необходимо вести разъяснительную работу о контрацепции, особенно в вузах и ссузах, а для амурчанок, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, контрацептивы должны стать бесплатными.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Благовещенск.

Природой не придумано ничего лучше для кормления младенца, чем материнское молоко. Оно помогает сохранить здоровье детей, предотвратить такие часто встречающиеся у недоношенных заболевания, как некротизирующий энтероколит, пневмония, сепсис, бронхолегочная дисплазия, ретинопатия, а самое главное – обеспечить дальнейшее оптимальное нервно-психическое развитие, снизить риск возникновения болезней в будущем, в том числе сердечно-сосудистой патологии (артериального давления и липопротеинового профиля у подростков). Но как быть, если женщина в силу состояния здоровья, других причин не может кормить своего ребёнка грудью? Выручит банк грудного молока. Первый в стране такой банк открыт на базе Научного центра здоровья детей.

В былые времена, если женщина сама не могла кормить ребёнка, то использовались кормилицы. Как рассказала руководитель отделения питания здорового и больного ребёнка НИИ педиатрии Научного центра здоровья детей профессор Татьяна Боровик, её бабушка родилась в Императорском воспитательном доме (правопреемником которого впоследствии стал НЦЗД), была вскормлена кормилицей и в 6-месячном возрасте удочерена.

Позднее возникла индустрия заменителей грудного молока, и женщины с лёгкостью переводили своих детей на искусственное вскармливание, но спустя некоторое время иллюзии по поводу искусственных смесей рассеялись. Уже в 1980 г. появилась резолюция ВОЗ/ЮНИСЕФ, в которой говорилось, что при отсутствии возможности вскармливания ребёнка молоком биологической матери первой альтернативой должно стать использование человеческого молока из других источников.

За рубежом (в США, Канаде, многих европейских странах) банки грудного донорского молока существуют уже давно и довольно широко распространены. В Италии, например, их 32 (объём собранного молока достигает 10 тыс. л), во Франции – 36, в Швеции – 28. Всего же в Европе – 202. Теперь (с созданием в России) будет 203. Как отметил директор НЦЗД академик РАН Александр Баранов, это – пилотный проект для нашей страны. Он нацелен на помощь новорождённому, проходящему лечение и реабилитацию в отделении для недоношенных детей и неонатальных хирургических подразделений НЦЗД.

Детей, рождённых преждевременно, и младенцев после оперативного вмешательства будут безвозмездно обеспечивать донорским грудным молоком в случаях, когда молоко матери недоступно. Донорами выступают кормящие женщины, находящиеся в центре вместе со своими детьми.

В целом идея не нова. Как вспоминает профессор Т.Боровик, в России в 70-80-е годы при детских поликлиниках (консультациях) организовывались специальные донорские пункты, куда могла прийти женщина, имеющая излишки молока. Существовали специальные комнаты, где она при помощи медицинской сестры сцеживалась. Медицинские работники даже ездили по домам, собирали молоко, затем обрабатывали. Поступало оно на донорские пункты и из родильных домов.



Медицинская сестра банка Марина Бухонова

Проблемы и решения

Начало с большими надеждами

Первый в России банк грудного молока даёт повод рассчитывать на снижение смертности и заболеваемости среди детей, родившихся преждевременно



Профессора Г.Яцык (слева) приветствует профессора Г.Моро

В XXI веке начали появляться индивидуальные банки грудного молока (для этого не требуется аппаратура: нужен холодильник-морозильник, молокоотсос и специальные баночки-контейнеры), чтобы женщина, которая в течение дня вынуждена отлучаться, могла сцедить молоко, оставить его в холодильной камере для последующего кормления, а при больших излишках заморозить на длительный срок.

Открывшийся в НЦЗД банк донорского молока, по словам специалистов, представляет собой систему, обеспечивающую максимально возможное сохранение питательной ценности и биологических свойств женского молока на всех этапах: сбора, обработки, хранения и использования. Это достигается за счёт применения современных и технологических методов, чёткого лабораторного, в первую очередь бактериологического и иммунологического контроля.

Как отметила старший научный сотрудник НЦЗД кандидат медицинских наук Ольга Лукоянова, высокий уровень безопасности обеспечивает ряд мероприятий, прежде всего тщательный отбор доноров.

После того, как женщина выразила согласие на дачу грудного молока, врач не только изучает её медицинскую документацию и имеющиеся предварительные анализы на все

известные патогенные бактериальные и вирусные инфекции, но и проводит дополнительное обследование, а также анкетирование, чтобы уточнить индивидуальные особенности, характер питания, приверженность к определённым видам продуктов, выяснить, какие страны посещала, проводились ли хирургические манипуляции, гемотрансфузии за последние полгода и т.д. Доно-

3 до 6 месяцев. Конечно же, возможно использование и раньше, в зависимости от того, когда понадобится. Для недоношенных детей рекомендуется донорское молоко со сроками хранения не дольше 3 месяцев, а для доношенных – и более.

Разморозка его может быть быстрой (согревание под тёплой водой) и медленной (помещение в холодильную камеру с темпе-

ром не может быть женщиной, которая в течение 6 предшествующих месяцев имела незащищённые половые отношения, употребляла наркотики, перенесла хирургическое вмешательство, переливание крови или её производных, получила акупунктуру, лечение в стоматологическом

кабинете, имеет пирсинг или татуировки (если выполнялись не одноразовыми инструментами). И, конечно же, не допускаются мамы, если у них по результатам обследования выявлена положительная реакция на RW, ВИЧ, гепатит В и С.

Это лишь первый порог безопасности. За ним следуют другие, скажем, пастеризация. Женщина обучается гигиеническому уходу, правильному сцеживанию с помощью молокоотсосов. После сбора молоко маркируется с указанием даты.

Следующий этап – охлаждение, помещение его в холодильную камеру при температуре 4-6°C. Но перед охлаждением проводится анализ на обсеменённость: медсестра, работающая в банке, берёт пробы грудного молока и отправляет в микробиологическую лабораторию. Только после того, как результат получен, молоко подвергается пастеризации, причём пастеризуется оно от каждого донора отдельно. Тепловая обработка осуществляется при температуре 62,5°C в течение 30 минут, в результате чего полностью дезактивируются известные патогенные вирусы (в том числе цитомегаловирусы, вирусы гепатита В и С, ВИЧ) и бактерии (в т.ч. возбудители сифилиса и туберкулёза). При этом стопроцентно сохраняются белки, жиры, углеводы, длинноцепочечные полиненасыщенные жирные кислоты, олигосахариды, витамины А, D, E, B12. Несколько снижается (на 25-30%) уровень цитокинов, лизоцима, факторов роста, иммуноглобулина, витамина С.

После пастеризации молоко в специальной камере с ламинарным потоком воздуха переливается в стерильные контейнеры. Затем быстро охлаждается до 4°C для дальнейшего помещения в морозильную камеру, где поддерживается температура – 20°C. В этих условиях оно может храниться от

Заведующая отделением для недоношенных И.Беляева демонстрирует, как хранится грудное молоко



Заведующая отделением для недоношенных И.Беляева демонстрирует, как хранится грудное молоко

Заведующая отделением для недоношенных И.Беляева демонстрирует, как хранится грудное молоко. Заведующая отделением для недоношенных И.Беляева демонстрирует, как хранится грудное молоко. Заведующая отделением для недоношенных И.Беляева демонстрирует, как хранится грудное молоко.

молоко не стало источником новых проблем, банк закрыли. Пусть этот опыт был коротким, но он был.

– Идею, заложенную ещё Туром, Сперанским, Масловым, Студеникиным, что лучше грудного молока ничего нет и что нужно создавать банки для самых незащищённых малышей, мы пытались реализовать в 1981-1983 гг., – вспоминает Галина Яцык. – Единственное, чего не доставало, так это техническо-

го оснащения. Мы выпросили в одном из магазинов холодильник глубокой заморозки, уговаривали микробиологическую службу делать посевы молока (ведь тогда исследовались только такие среды, как моча, слюна и т.п.). То есть всё было на довольно примитивном уровне. Новые технические возможности подняли эту тему сейчас на новый уровень.

На сегодняшний день банк донорского грудного молока предназначен только для пациентов НЦЗД.

– В рамках пилотного проекта мы ставим перед собой цель собрать научно-практические данные об эффективности и безопасности функционирования данной структуры в нашей стране, обеспечить грудным молоком как наиболее качественным и полноценным питанием нуждающихся в нём младенцев и тем самым улучшить состояние больных детей, а в долгосрочной перспективе – изменить отношение общества к грудному вскармливанию, – подчеркнула

Л.Намазова-Баранова. – Для нас реализация этого проекта – очень большая ответственность, ведь предстоит подготовить для страны стандарт создания подобного рода структур. Мы ни в коем случае не можем допустить, чтобы идея была дискредитирована. Необходимо очень тщательно отработать все нюансы функционирования банка, дать рекомендации: как создавать сеть банков, строить их деятельность. После того, как наш опыт будет представлен Минздраву России, одобрен, очевидно, он получит распространение. Надеемся, что в недалёком будущем с помощью открытия таких банков по всей территории страны удастся снизить смертность и заболеваемость среди детей, родившихся преждевременно.

Валентина ЕВЛАНОВА,
корр. «МГ».

Фото автора.

Тема распределения выпускников медицинских вузов приобрела небывалую остроту и обсуждается с завидной регулярностью на самых разных уровнях.

Вспоминая советский опыт

Сторонники возврата к советской системе обязательной 3-летней послевузовской отработки в качестве аргумента говорят об острейшем дефиците кадров в муниципальном, особенно сельском здравоохранении. Противники ссылаются на Конституцию. Правда, какая именно статья Основного закона Российской Федерации запрещает распределять выпускников высших учебных заведений, которые бесплатно получили высшее образование и в этом смысле весьма обязаны государству, так и осталось неясно.

Единственное положение, за которое можно едва-едва зацепиться, это статья 27 «Каждый, кто законно находится на территории Российской Федерации, имеет право свободно передвигаться, выбирать место пребывания и жительства». Однако мы же не говорим о нарушении конституционных прав россиян, которые оказываются на Колыме не по собственному выбору, а по решению суда. Потому и в случае с выпускниками медицинских вузов ссылка на антиконституционность обязательного распределения выглядит абсолютно неубедительной.

На чьей же стороне правда? Своей точкой зрения с корреспондентом «МГ» поделился ректор Красноярского государственного медицинского университета им. В.Ф.Войно-Ясенецкого, доктор медицинских наук, профессор Иван Артюхов:

– Обязательное распределение выпускников высших учебных заведений до сих пор существует, к примеру, в Китае: закон обязывает студента, который обучился за государственные деньги, 5 лет отработать там, куда его отправит страна. Многие в России, особенно представители медицинского сообщества, ожидали, что в новом Федеральном законе «Об образовании» появится такое же положение. Но в этом законе появилось другое положение – о целевой подготовке студентов, а затем вышло Постановление Правительства РФ «О порядке заключения и расторжения договора о целевом приеме и договора о целевом обучении целевой подготовке за счет средств федерального бюджета». Кроме того, субъектам Федерации и муниципалитетам предоставлено право за собственные деньги вести подготовку специалистов с высшим профессиональным образованием. В нынешнем году в Красноярском ГМУ количество целевых мест достигло уже 50% от всех бюджетных мест. А обучение по целевому набору – это фактически целевое распределение выпускников. Поэтому вводить обязательное распределение при 50-процентом государственном заказе на целевое обучение, я считаю, нет необходимости.

Главное, считает профессор Артюхов, чтобы требования действующего закона и постановления правительства выполнялись. Но, как показывает опыт Красноярского ГМУ, лишь единицы целевиков, приехавшие по окончании учёбы к месту персонального распределения, обеспечиваются теми льготами и выплатами, которые им были обещаны принимающей стороной. Речь идёт о предоставлении жилья или ссуды на его приобретение, о выплате подьёмных и т.д.

– Думаю, не секрет, что студенты-целевики заведомо более слабые по сравнению с теми, кто поступил в университет по обычному конкурсу, с лучши-

Ситуация

Кадры: есть ли выход из тупика?

Предлагается распределение до поступления...



ми баллами ЕГЭ. Поэтому в медицинском вузе целевиков, которые учатся только на «хорошо» и «отлично», будет всего процентов 20. И такое ограничение заведомо подтолкнёт абитуриентов к тому, чтобы они не заключали целевые договоры и затем не отработывали 3 года в муниципальных больницах, – рассуждает И.Артюхов.

Позиция ректора Красноярского медуниверситета такова: вносить в существующий закон «Об образовании» дополнение об обязательном распределении нецелесообразно. Нужно дорабатывать и выполнять положения закона о целевой подготовке студентов и постановление Правительства РФ и тем самым решать проблему персонального распределения. К примеру, если бы выпускнику медицинского вуза гарантировалось бесплатное жильё либо субсидия на покупку квартиры и бесплатное поступление в интернатуру, в России был бы конкурс на целевые места. Пока же такие гарантии целевикам не являются обязательными для принимающей стороны.

Три года – не срок

Ректор Новосибирского государственного медицинского университета, доктор медицинских наук, профессор Игорь Маринкин считает, что, если человек обучается в вузе за государственный счёт, он, конечно, должен нести обязательства перед государством. По мнению моего собеседника, вопрос свободного распределения необходимо сохранить за теми, кто учился на «отлично» и имеет красный диплом. А если у тебя диплом синего цвета, и ты учился на бюджетном месте, то уж будь добр отдай долг стране, поработай там, где не хватает специалистов. Три года не очень большой срок, к тому же нынешняя сельская больница – это не то, что было 20-30 лет назад.

При этом профессор Маринкин тоже сторонник идеи «распределения до поступления». Набор абитуриентов «под заказ» для конкретного лечебного учреждения, по его мнению, более правильный вариант: вероятность того, что человек, который родился и вырос в далёком селе, отучится в вузе и вернётся домой, значительно боль-

ше, чем вероятность отправить в деревню городского жителя.

Руководитель новосибирского медуниверситета, как и его красноярский коллега, отмечает низкое качество учёбы целевиков: успевают на «хорошо» и «отлично» только 13% из них, у 15% треть оценок – тройки, у 65% тройки являются основными оценками. Получается, что ребята, минув высокий конкурс, стали студентами престижного вуза, но не ценят этого. Возможность льготного поступления расхолаживает, признают ректоры.

В НГМУ с этой проблемой решили справиться при помощи тех, кто предоставил молодым людям карт-бланш на льготное поступление в вуз.

– Студенты-целевики фактически являются прикомандированными к университету сотрудниками того лечебного учреждения, которое их направило на учёбу. С нынешнего учебного года мы вменили в обязанности студентам целевой подготовки после каждой сессии показывать главному врачу ЦРБ зачётную книжку. В зачётку клеен листок контроля успеваемости, в котором главный врач должен поставить свою подпись: он ознакомился с успеваемостью будущего работника, – поясняет профессор Маринкин.

Какая цель у «целевика»?

Ощущение собственной безразличности никогда никого ни к чему не обязывает. Это относится не только к учёбе на тройки, но и к нарушению целевыми выпускниками их обязательств перед работодателем или бюджетом. Современными молодые люди прекрасно владеют информацией о юридической силе, а точнее бессилии договоров на целевое обучение. Подписать такой документ и не выполнить его условия для них – раз плюнуть. Цели государства и самих «целевиков» не всегда совпадают.

В том же Новосибирском медуниверситете 6 лет назад только 60% выпускников целевого набора по окончании вуза пришли работать в те районные больницы, которые направили их учиться. Два года назад ситуация улучшилась, уже 80% целевых выпускников оказались добросовестными, хотя пятая часть проучилась-таки «на халяву»!

Можно сказать, что потери невелики, «невозвращенцев» единицы, ведь до 2014 г. доля целевиков в общей массе студентов-бюджетников составляла всего 15%. Зато сегодня тех, кто на бюджетных местах учится «под заказ», уже половина. И если через 6 лет 20% выпускников от нынешнего целевого набора проигнорируют свои обязательства по трёхстороннему договору, потери для здравоохранения региона будут очень ощутимые.

Коль скоро по Конституции, на которую ссылаются противники обязательного распределения, государство не может направить человека работать туда, куда он не желает, то может ли оно хотя бы заставить обманщика, нарушившего договор на целевое обучение, выплатить деньги, потраченные бюджетом на его бесплатное образование?

– Это очень важная задача, от её решения зависит эффективность всего проекта «целевая подготовка». До последнего года в договорах с «целевиками» фигурировала очень небольшая сумма, в пределах 120-140 тыс. руб. за 6 лет обучения. Вернуть её многим не составляло труда. Сегодня говорится о том, что сумма возврата должна быть в 2-3 раза больше той, что была реально потрачена на обучение студента, то есть стоимость учёбы плюс трёхкратный штраф. Такие серьёзные финансовые обязательства, по идее, должны заставить целевого выпускника отработывать положенные 3 года. В то же время остаётся не до конца проработанным сам механизм возврата денег, – рассуждает ректор НГМУ.

Иными словами, юридическая основа целевого обучения студентов должна быть очень хорошо обеспечена. В противном случае и данная форма распределения выпускников медицинских вузов не даст ожидаемых для здравоохранения результатов.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Новосибирск – Красноярск.

Фото Александра ХУДАСОВА.

Вместо комментария

Вперёд, в прошлое?

Министерство здравоохранения РФ предложило вернуть существовавшую во времена СССР систему государственного распределения выпускников вузов, обучавшихся за счёт бюджетных средств. С такой инициативой представители ведомства выступили в Общественной палате РФ на «круглом столе», посвящённом трудоустройству молодых специалистов. В министерстве предупреждают, что в отсутствие жёсткого государственного регулирования несколько регионов страны могут остаться вовсе без врачей, поскольку выпускники медвузов не хотят там работать.

«Мы сейчас ищем все возможности для того, чтобы не дать выпускникам медвузов пойти работать туда, куда они хотят, – сказала директор Департамента кадровой политики в здравоохранении Минздрава России Татьяна Семёнова. – Я знаю регион, где просто не делают операций, потому что у них уже нет анестезиологов», – добавила она. В качестве примера представитель головного отраслевого ведомства нашей страны привела Еврейскую автономную область, куда в этом году не захотели ехать даже беженцы из Украины с высшим медицинским образованием, хотя им было предложено как жильё, так и «подъёмные».

В Минздраве полагают, что система, согласно которой студент, получивший высшее профессиональное образование за государственный счёт, после окончания вуза какое-то время работает там, куда его направит государство, справедлива.

«Если получится вернуть распределение и убедить Конституционный суд, что оно не нарушает права на передвижение, мы были бы очень признательны. Весь социальный сектор вздохнул бы с облегчением», – полагает Т.Семёнова.

Нужно заметить, что данную инициативу министерства активно поддерживают и в Национальной медицинской палате (НМП) – организации, зачастую критикующей ведомство. «Положение кадров в здравоохранении – катастрофическое, – заявил глава НПМ Леонид Рошаль. – Всё медицинское сообщество просит правительство вернуться к системе

распределения хотя бы до того момента, когда ситуация стабилизируется», – подчеркнул он. Кроме того, Л.Рошаль заметил, что государство просто обязано всячески поддерживать молодых специалистов в материальном плане, в частности, обеспечить их жильём и повысить зарплату.

Однако предложение президента НМП о повышении зарплат вдохновило далеко не всех. Комментарии последовали незамедлительно. «Сейчас выпускнику вуза платят около 20 тыс. руб. Но в какой стране человеку без опыта работы заплатят больше? – заявил заместитель главы Роструда Максим Паршин. – На эти деньги прожить сложно, но вполне возможно», – заключил чиновник.

В то же время в Министерстве образования и науки РФ в который раз напомнили, что распределение в приказном порядке выпускников вуза противоречит действующему законодательству в нашей стране. «Само понятие «госраспределение выпускников вузов» противоречит смыслу 37-й статьи Конституции, где закреплено право свободно распоряжаться своими способностями к труду, выбирать род деятельности и профессию», – прокомментировали предложение коллег из Минздрава в Минобрнауки.

В ведомстве напомнили, что в рамках существующего законодательства в РФ уже есть отлаженный механизм целевого приёма и целевого обучения, позволяющий работодателю набирать выпускников для необходимых программ и направлений подготовки.

«Работодатель может заключить с обучающимся договор целевого обучения, обеспечив его трудоустройство по окончании обучения, а также договор целевого приёма с вузом», – сказали представители Минобрнауки.

В заключение следует отметить, что сама по себе идея – правильная. Дефицит отраслевых кадров в регионах с каждым годом всё больше. Ситуация на сегодняшний день порою носит катастрофический характер, и принимать решение всё же придётся.

Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ,
обозреватель «МГ».

На конференции Ассоциации врачей хирургического профиля (АВХП) и Научного хирургического общества (НХО) на Кавказских Минеральных Водах, которая прошла на базе городской больницы Пятигорска, были подведены итоги работы хирургической ассоциации и общества за 2014 г. С момента создания (НХО – 1946 г., АВХП – 1991 г.) эти общественные организации главной своей задачей считают повышение профессионального уровня врачей хирургического профиля. В частности, президиумом ассоциации и правлением общества наряду с плановыми ежемесячными заседаниями НХО в 2014 г. проведён тематический цикл по эндовидеохирургии брюшной полости и забрюшинного пространства и сертификационные циклы по хирургии и урологии.

Члены АВХП активно участвовали в 7-й гастроэнтерологической конференции в Кисловодске в разделе «Актуальные вопросы хирургической гастроэнтерологии» и межрегиональном форуме «Здравоохранение и курортная медицина» в разделе «Актуальные вопросы дорожно-транспортной травмы». Большая делегация от КМВ участвовала в XVII съезде эндоскопических хирургов в Москве.

Внедрение новых технологий и методик в хирургическую практику медицинских учреждений Кавминвод не только способствует более эффективному лечению многих хирургических заболеваний, но и требует от хирургов соответствия этому высокому уровню. На каждом заседании НХО заслушиваются научные доклады и сообщения, разбираются как наиболее характерные, так и нетипичные случаи из хирургической практики «на местном материале». В уходящем году основная масса сообщений касалась абдоминальной хирургии, далее следовали травматология, анестезиология и реанимация, урология, сердечно-сосудистая хирургия, гнойно-септическая хирургия и др. – всего было 36 сообщений. По сложившейся практике лучшие доклады по итогам года отмечаются дипломами и премиями, что стимулирует молодых врачей к участию в научной деятельности. В 2014 г. лучшим из 22 признан доклад авторской группы врачей из Пятигорска – (М.Федюкин, Д.Кувакин, Р.Надха, К.Заводский). «Хирургическая тактика при кишечной непроходимости». На втором месте медики из Ессентуков (А.Сталковский, И.Байсара, Р.Абубакаров, Е.Голик) с докладом «Опыт применения комбинированного цитоактивного материала «литар» для замещения операционного костного дефекта». Замыкает тройку призёров хирург из Кисло-

водска кандидат медицинских наук И.Натрошвили с докладом «Безопасность малоинвазивных вмешательств при остром калькулёзном холецистите».

Деловые встречи

Ради повышения мастерства

Хирурги Кавминвод подвели итоги



Авторы лучших докладов М.Федюкин (слева) и И.Натрошвили

водска кандидат медицинских наук И.Натрошвили с докладом «Безопасность малоинвазивных вмешательств при остром калькулёзном холецистите».

Вот что сказал о научной составляющей президент АВХП и председатель НХО заслуженный врач РФ Эдуард Восканян:

– Участие врачей хирургических специальностей в работе АВХП и НХО – это прежде всего профессиональный рост врачей

рутина, заполнение историй болезни, операции, перевязки и т.д. Но не может быть роста врача без чтения хирургических журналов, Интернета, участия в заседаниях НХО, конференциях и съездах. Существующая во всём мире балльная система составляет основу при аттестации специалистов, допуску того или иного врача к практической деятельности. И этим всем занимаются профессиональные ассоциации.

Решая вопросы профессиональной подготовки, АВХП ежегодно проводит циклы усовершенствования врачей по разным специальностям с привлечением для этого крупных научных школ, институтов и кафедр ведущих медицинских вузов и центров России. Эти циклы проходят в одном из городов КМВ без отрыва курсантов от основной работы и с минимальными финансовыми затратами.

последипломного образования (Москва), которую возглавляет член-корреспондент РАН, почётный член НХО О.Лоран.

В АВХП сделали традиционной практику привлечения к участию в заседаниях хирургического общества крупных учёных и известных профессоров из других регионов России. В 2014 г. в работе НХО принимали активное участие и выступали с докладами: профессор В.Горский (Москва) – «Хирургическая тактика при панкреонекрозе», профессор Е.Шайдаков (Санкт-Петербург) – «Лечебная тактика при венозных тромбозах», профессор М.Ивашов (филиал Волгоградского медицинского университета) – «Вольтарен в локальной терапии травм и воспалительных заболеваний суставов и позвоночника». На конференции, о которой идёт речь, с докладом «Дистальные сосудистые реконструкции при атеросклерозе и сахарном диабете» выступил профессор Института хирургии им. А.В.Вишневского А.Зотиков.

О научном потенциале АВХП говорят хотя бы те факты, что в настоящее время в её составе 5 докторов медицинских наук и 35 кандидатов медицинских наук, 16 врачей имеют звание заслуженного врача РФ, более 70 врачей награждены значком «Отличник здравоохранения», более 90% врачей хирургических специальностей аттестовано, из них более 70% имеет высшую и первую квалификационные категории. В хирургических отделениях Пятигорска, Ессентуков, Кисловодска есть коллективы, где специалистов с высшей категорией 90% и выше. Это всё говорит о высоком профессионализме врачей АВХП и НХО.

У хирургов Кавминвод планов громадье: приближаются знаменательные даты – 70-летие НХО и 25-летие АВХП (2016 г.). В преддверии этих дат предполагается провести на Кавминводах юбилейную всероссийскую конференцию. Из более близких планов – участие в работе IV съезда хирургов Юга России и Российского съезда хирургов. Уже сейчас можно сказать, что на эти форумы хирурги КМВ придут «не с пустыми руками».

Рубен КАЗАРЯН,
соб. корр. «МГ».

Пятигорск.

Фото автора.

Перспективы

Во Владимире состоялся II съезд врачей области, обсудивший вопросы сельского здравоохранения. В его работе приняли участие губернатор Светлана Орлова, вице-губернатор Михаил Колков, председатель Законодательного собрания Владимир Киселёв, заведующий Департаментом здравоохранения Александр Кириухин, директор Научно-исследовательского института пульмонологии академик РАН Александр Чучалин, президент региональной врачебной палаты Анатолий Ильин и около 660 врачей – делегатов региона.

– Медицинские работники – люди самой благородной профессии, ваш труд невозможен без самопожертвования, верности выбранному делу. Именно вы стоите на переднем рубеже

Отрадные тенденции

Второй съезд врачей Владимирской области – о сельской медицине

спасения людей от болезней, приходите им на помощь в самые критические моменты жизни, – сказала в своей ответственной речи глава региона.

Было отмечено, что впервые за последние годы наметилась положительная динамика в численности медицинских работников, занятых на селе. По данным, на 1 октября 2014 г. в здравоохранении региона работает 3944 врача и 10 947 средних медицинских работников. Но потребность в специалистах по-прежнему большая. В учреждения здравоохранения требуется не менее

1000 врачей и столько же средних медицинских работников.

На пользу системе здравоохранения региона пошла передача в государственную собственность всех фельдшерско-акушерских пунктов и амбулаторий, которых сейчас в области насчитывается 328 единиц. Работа по их строительству и реконструкции будет продолжена, планируется ежегодно вводить в эксплуатацию по 3 ФАПа.

Как отметил директор Департамента здравоохранения А.Кириухин, в области действует программа «земский доктор» – каждый врач, приезжающий

работать на село, получает по 1 млн руб. А с 1 января начнёт действовать программа «Земский фельдшер», которая предусматривает «подъёмные» в 500 тыс. руб. Дополнительно врачам увеличат оплату жилья на селе до 10 тыс. руб. и будут возвращены сельские надбавки в размере 25%.

...И тут мне вспомнился наш главный «земский доктор» – писатель с мировым именем Антон Павлович Чехов, в произведениях которого сельские врачи предстают настоящими подвижниками медицины. И владимирская медицина старается

возродить чеховские заветы.

– Отрадно, что проведение съездов профессионального медицинского сообщества становится традицией. Ведь от вашего мастерства зависит самое дорогое, что есть у человека, – его жизнь. Работая в этом направлении, мы должны решить вопросы снижения смертности, диспансеризации различных категорий граждан, и прежде всего в сельской местности, а также оптимизации количества лечебных учреждений и их мощностей, – резюмировала губернатор С.Орлова.

Затем в рамках съезда состоялась церемония присуждения почётных званий и награждения наиболее отличившихся медицинских работников области.

Марк ФУРМАН,
судебно-медицинский эксперт,
внешт. корр. «МГ».

Владимир.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 1 (1853)

Субарахноидальное кровоизлияние – синдром, обусловленный попаданием крови в субарахноидальное пространство вследствие разрыва сосудов головного мозга или его оболочек.

Эпидемиология

Частота субарахноидальных кровоизлияний в США составляет около 30 тыс. в год, причём в 25 тыс. случаев они заканчиваются летально или приводят к инвалидизации больных. Примерно в 12% случаев субарахноидальные кровоизлияния остаются недиагностированными.

Частота таких кровоизлияний составляет от 10 до 12 случаев на 100 тыс. населения в год. Большинство приходится на средний возраст, но чаще наблюдается у женщин афроамериканского происхождения.

Почти четверть больных – это люди, имеющие родственников с такой же проблемой или наличием артериальной аневризмы. Семейная предрасположенность особенно характерна для женщин.

Смертность при субарахноидальном кровоизлиянии составляет в первые 30 дней около 40-60%. В случаях развития комы вероятность летального исхода достигает 80%. Более чем у 50% выживших остаётся грубый неврологический дефект в результате первоначального кровоизлияния или последующих осложнений, таких как повторное субарахноидальное кровоизлияние (у 17-26%), симптоматический церебральный вазоспазм или острая окклюзионная гидроцефалия (у 25-27%).

По данным популяционных эпидемиологических исследований, начиная с 1970 г. отмечается уменьшение частоты субарахноидальных кровоизлияний, что, по-видимому, объясняется улучшением результатов лечения этих больных, а также применением антигипертензивной терапии.

Этиология и патогенез

Спонтанное (нетравматическое) субарахноидальное кровоизлияние более чем в половине случаев вызвано разрывом аневризмы с излитием крови в подпаутинное пространство головного или спинного мозга. Аневризмы бывают врождёнными и приобретёнными.

Внешне аневризма часто имеет мешотчатый вид, в ней различают тело, шейку и дно. Размер сосудистой мешка колеблется от 2 мм до нескольких сантиметров, но в большинстве случаев – от 2 до 10 мм. Аневризмы более 2 см в диаметре считаются гигантскими.

Стенка аневризмы обычно представлена пластинкой соединительной ткани без мышечного слоя и эластической мембраны. Разрывы аневризмы чаще локализируются в области дна или боковых отделов, где стенка обычно резко истончена (менее чем до 0,3 мм), длина разрыва часто не превышает 0,5 мм.

По данным патологоанатомических и ангиографических исследований, мешотчатые аневризмы встречаются у 5% населения, что свидетельствует о том, что большинство внутричерепных аневризм протекает бессимптомно, не сопровождаясь разрывом и субарахноидальным кровоизлиянием.

Образование мешотчатых аневризм, по-видимому, обусловлено врождённым дефектом сосудистой стенки, обычно возникающим в месте бифуркации или ветвления артерии. Со временем отмечается постепенное увеличение размеров аневризм.

Мешотчатые аневризмы локализируются в области бифуркаций крупных артерий основания мозга, при их разрывах кровь поступает в субарахноидальное пространство базальных цистерн. Самая частая локализация аневризм – на внутренней сонной артерии, преимущественно в супраклиноидном отделе (30-34%).

Примерно 30% всех аневризм локализуется на задней соединительной артерии (в месте отхождения её от внутренней

сонной артерии), 30% – на передней мозговой, передней соединительной артерии, 20-25% – на средней мозговой артерии, 10-15% – на артериях вертебробазилярной системы (основной артерии и задней нижней мозжечковой артерии).

Значительно реже субарахноидальное кровоизлияние вызвано разрывом артериовенозной мальформации.

Субарахноидальное кровоизлияние может развиваться вследствие разрыва микотической аневризмы, образование которой обусловлено инфицированной артериальной эмболией (при инфекционном эндокардите) и развитием септической

дегенерации эластической мембраны и мышечной оболочки артериальной стенки.

Микотические аневризмы располагаются в дистальных участках ветвей средней, передней и задней мозговых, позвоночных или основной артерий. После разрыва аневризмы кровь изливается в субарахноидальное пространство на конвексальной поверхности полушарий головного мозга.

В редких случаях осложняться субарахноидальным кровоизлиянием могут кавернозные гемангиомы, венозные гемангиомы и артериовенозные свищи в твёрдой оболочке головного мозга.

У больных артериальной гипертензией и церебральным атеросклерозом иногда образуются веретенообразные аневризмы преимущественно в основной, внутренней сонной, средней или передней мозговой артерии, которые в редких случаях могут осложняться разрывом и субарахноидальным кровоизлиянием.

Расслоение позвоночной и, реже, сонной артерии иногда приводит к субарахноидальному кровоизлиянию. Расслоение артерии может возникнуть вследствие травмы шеи (особенно при ротации и гиперэкстензии головы), мануальной терапии на шейном отделе позвоночника или спонтанно.

К редким причинам неаневризматических субарахноидальных кровоизлияний относятся гематологические расстройства (серповидно-клеточная анемия, лейкемия, тромбоцитопения, ДВС-синдром), антикоагулянтная терапия, кровотечение из опухоли оболочек мозга, амилоидная ангиопатия, церебральный васкулит, тромбозы корковых и менингеальных вен, злоупотребление кокаином, использование симпатомиметиков.

В большинстве случаев неаневризматических субарахноидальных кровоизлияний не удаётся выяснить причину заболевания. Среди таких больных преобладают люди в возрасте старше 60-70 лет, в 1/3 случаев субарахноидальное кровоизлияние возникает при повышенной физической активности. Кровь локализуется преимущественно в цистернах вокруг среднего мозга или вентральное моста.

Субарахноидальное кровоизлияние может распространяться и на вещество мозга (субарахноидально-паренхиматозное кровоизлияние), окклюзионной или сообщающейся гидроцефалией.

В 30% случаев через 3-5 дней возникает выраженный спазм церебральных артерий, который максимален на 5-14-й день. Сопровождается ишемией мозга и развитием почти у половины больных ишемического инсульта. Сужение просвета артерий обусловлено как возникающим уже в первые часы спазмом артерий в ответ на субарахноидальное кровоизлияние, так и

воздействием сгустка крови и продуктов его распада, в основе которого лежат изменение структуры гладкомышечных клеток и эндотелия, развитие фиброза сосудистой стенки за счёт изменений количества коллагена, пролиферации и миграции миофибробластов.

Спазм церебральных артерий обычно регрессирует в течение 2-3 недель с момента заболевания, но в 20% случаев выраженный ангиоспазм приводит к смерти больного. Вероятность спазма выше при массивных кровоизлияниях (особенно на основании мозга), субарахноидально-паренхиматозных кровоизлияниях, при наличии аневризм.

Выделяют сегментарный ангиоспазм – охватывающий один сегмент артерии; распространённый – включающий несколько артерий одного полушария; и диффузный – охватывающий несколько или все артерии обоих полушарий.

В течение 4-6 недель (особенно часто в первые несколько дней) возможно повтор-

ное субарахноидальное кровоизлияние, которое более чем у половины больных приводит к смертельному исходу.

В качестве других осложнений течения субарахноидального кровоизлияния возможны нарушения электролитного баланса (гипонатриемия), нейрогенный отёк лёгких, эпилептические припадки, выраженная аритмия или ишемия миокарда.

Клиника

В клиническом течении аневризмы головного мозга выделяют три периода: догеморрагический, геморрагический, постгеморрагический.

В догеморрагическом периоде у половины больных с аневризмами головного мозга заболевание не проявляется. У других пациентов за 2-15 дней до разрыва аневризмы может отмечаться локальная головная боль в области лба, глазниц. Возможны эпизоды головной боли с менингеальными симптомами (на протяжении от нескольких часов до 1-2 суток). Могут наблюдаться приступы мигрени, особенно офтальмоплегической и ассоциированной, возникающие у людей старше 40 лет.

Другими проявлениями могут быть эпилептические припадки неясного генеза, развивающиеся у лиц старше 35 лет, а также преходящие нарушения функции прилежащие к аневризме нервов: диплопия, косоглазие, анизокория (при сдавлении III, IV, VI пар черепных нервов), прозопагии (сдавление V пары), лицевой гемиспазм (сдавление VII пары).

Снижение остроты зрения и битемпоральные дефекты полей зрения бывают результатом давления на хиазму, преходящие гомонимные гемианопсии – при сдавлении зрительного тракта. Вышеописанные симптомы являются следствием преходящих ишемических нарушений, диапедезных кровоизлияний, компрессии стенкой аневризмы прилежащих структур мозга и черепных нервов.

Геморрагический период длится 3-5 недель с момента разрыва аневризмы. Клиника его полиморфна, включает онемозговую, менингеальную, очаговую синдромы; развитие внезапное. Провоцирующими факторами являются физическое и эмоциональное напряжение, приём алкоголя, повышение АД.

Разрыв аневризмы обычно сопровождается развитием острой интенсивной головной боли диффузного характера или локальной (в области лба, затылка, виска), иррадиирующей в глазное яблоко, переносицу, затылок, нередко с ощущением жара («как кипяток разлился под черепом») или носящей «кинжальный» характер. Головная боль сохраняется 1-2 недели, плохо купируется, связана с локализацией аневризмы.

Изредка головная боль проявляется в лёгкой форме и держится менее 2 часов, сменяясь системным головокружением. При расслоении артерии головная боль двухфазная (сильная шейно-затылочная переходит в диффузную).

В момент разрыва аневризмы или сразу после него часто бывает кратковременная утрата сознания, обусловленная тотальным спазмом поверхностных сосудов мозга с выключением функции ретикулярной формации ствола мозга и гипоталамуса. Иногда развивается мозговая кома, однако чаще больной находится в состоянии оглушения.

Излившаяся в цереброспинальную жидкость кровь раздражает мозговые оболочки и повышает внутричерепное давление, что проявляется головной болью, тошнотой, рвотой, головокружением, брадикардией, замедлением дыхания. Возможны эпилептические приступы, психомоторное возбуждение.

Ригидность затылочных мышц и симптом

Кернига начинают определяться спустя несколько часов – сутки с момента развития субарахноидального кровоизлияния. У 1/3 синдром раздражения мозговых оболочек не выявляется.

В течение первых 5-10 дней наблюдается центральная гипертермия и артериальная гипертензия.

Примерно у четверти больных появляются очаговые и проводниковые симптомы (парезы, патологические знаки), расстройства речи, памяти и др., что связано либо со спазмом соответствующей мозговой артерии или с проникновением крови в мозговое вещество (субарахноидально-паренхиматозное кровоизлияние).

У больных с диагностированными аневризмами, не подвергшихся хирургическому лечению, часто возникают повторные кровотечения, особенно при несоблюдении постельного режима, в первые 3-4 недели после субарахноидального кровоизлияния. Повторное кровоизлияние проявляется интенсивной головной болью и в большинстве случаев приводит к развитию комы и/или появлению новых неврологических нарушений.

В зависимости от локализации разорвавшейся аневризмы появляется характерная очаговая симптоматика. Могут встречаться глазодвигательные расстройства: поражение глазодвигательного нерва (птоз, расширение зрачка, нарушение движений глазного яблока вверх, кнутри, книзу) – при аневризмах у места отхождения задней соединительной артерии, супраклиноидной части внутренней сонной артерии, реже основной артерии или верхней мозжечковой артерии; поражение отводящего нерва – при аневризме субклиноидной части внутренней сонной артерии; двустороннее поражение отводящего нерва – при повышении давления ликвора, раслоении позвоночной артерии (мозжечковая атаксия, синдром Валенберга – Захарченко), при аневризме внутренней сонной артерии в устье глазной артерии (головная боль в параорбитальной области и на ипсилатеральной стороне, выпадение остроты зрения).

При разрыве передней мозговой и передней соединительной артерии появляются психические изменения в виде эмоциональной лабильности, психомоторное возбуждение, снижение интеллекта, нарушение памяти по типу конфабуляторно-амнестического синдрома Корсакова, нижний парализ, акинетический мутизм, электролитные нарушения, несахарный диабет. Разрыв аневризмы средней мозговой артерии сопровождается гемипарезом, гемипарезом, гемианестезией, гемианопсией и афазией.

При аневризмах верхнего сегмента основной артерии наблюдаются одно-, двустороннее поражение глазодвигательного нерва, симптом Парина, вертикальный или

ротаторный нистагм, офтальмоплегия. При разрыве аневризмы проксимального сегмента основной артерии типичны бульбарный синдром, нарушения вибрационной, температурной и болевой чувствительности, кома с дыхательными расстройствами.

Постгеморрагический период включает в себя остаточные неврологические проявления после перенесённого кровоизлияния. В этот период у больных, перенёвших субарахноидальное кровоизлияние, велика опасность появления повторных геморрагий, протекающих более тяжело. Их вероятность составляет до 5% в год.

Диагностика

При наличии клинической картины субарахноидального кровоизлияния, помимо общих клинических исследований необходимо провести: детальный неврологический осмотр; оценку тяжести состояния пациента по шкале Hunt-Hess; компьютерную томографию (магнитно-резонансную томографию) головного мозга. Проведение стандартной методики РКТ сразу же уточняет наличие или отсутствие внутричерепного кровоизлияния. Характер кровоизлияния оценивается по шкале Fischer (прогнозирование риска вазоспазма).

Субарахноидальное кровоизлияние диагностируется с помощью люмбальной пункции, при которой выделяется кровянистая цереброспинальная жидкость, вытекающая под повышенным давлением. Спустя 6 часов и более с момента кровоизлияния ликвор приобретает ксантохромный оттенок из-за гемолиза эритроцитов. Санация ликвора происходит к 3-6-й неделе.

Проводят транскраниальную и экстракраниальную доплерографию для оценки выраженности ангиоспазма с вычислением индексов Линдегаарда; осмотр офтальмологом глазного дна, определение остроты и полей зрения; ЭЭГ с оценкой типа изменений электроэнцефалограммы.

При субарахноидальных кровоизлияниях, потенциальных для нейрохирургического вмешательства, необходимо проведение РКТ-ангиографии с целью выявления причинной артериальной аневризмы или артерио-венозной мальформации и для определения активного кровотока – с констатацией при наличии «признака пятна» (spot sign) выявляется при РКТ-ангиографии с введением контраста без реконструкции на нативных снимках).

Новая градиентная МРТ-модальность SWAN (SWI) особенно информативна в диагностике некоторых причин геморрагии, которые невозможно установить другими методами: амилоидная микроангиопатия, кавернозные ангиомы, венозные ангиомы и др. Кроме того, несмотря на то, что РКТ является наиболее чувствительным методом диагностики внутричерепных кровоизлияний в остром периоде, на поздних сроках от начала кровоизлияния его информативность существенно снижается. В таком случае установить давность и факт геморрагии также помогает МРТ: как стандартные (T1, T2, FLAIR), так и градиентные модальности – T2*-градиентное эхо (T2*-GRE).

При ухудшении состояния больного с субарахноидальным кровоизлиянием необходимы повторная компьютерная томография головного мозга (для исключения повторного субарахноидального или внутримозгового кровоизлияния, инфаркта мозга, отёка мозга, острой окклюзионной гидроцефалии), а также ЭКГ (возможность инфаркта миокарда и аритмии), биохимический анализ крови (для выявления электролитных нарушений).

В случаях неясного генеза субарахноидального кровоизлияния необходимы тщательные гематологические исследования.

Лечение

Специализированная медикаментозная терапия субарахноидального кровоизлияния направлена на мероприятия по предотвращению развития ангиоспазма.

Стратегия: ЗН-терапия (управляемая гипертензия, гиперволемиа, гемоделиция) в настоящее время оспаривается, наиболее доказанным является контроль АД и гемоделиция.

Показано внутривенное введение 2,5 л физиологического раствора в сутки для предупреждения гиповолемии, поскольку она предпологает к ишемии мозга, а также внутривенное введение коллоидных

растворов с поддержанием гематокрита 30-33%, введение нимодипина.

Нимодипин (нимотоп) включён во все стандарты лечения субарахноидального кровоизлияния, применяется для профилактики спазма мозговых артерий в течение 10 дней в виде внутривенной инфузии по 46 мг/сут через инфузомат со скоростью введения 5 мл/час (под контролем АД), затем в течение 10 дней по 2 таблетки каждые 4 часа (360 мг/сут).

Анальгетики следует вводить каждые 3-4 часа, использовать можно парацетамол, при необходимости – наркотические анальгетики.

Хирургическое лечение субарахноидального кровоизлияния включает внутрисосудистый метод и прямые хирургические вмешательства на аневризме.

Применение внутрисосудистого метода лечения относительно ограничено в случаях: малых аневризм диаметром < 2 мм; крупных и гигантских аневризм, за исключением тех случаев, когда планируется стационарная окклюзия несущей артерии; аневризм с широкой шейкой (диаметр шейки более 4 мм, соотношение купол/шейка < 2).

В случаях внутрисосудистой окклюзии аневризм с широкой шейкой используют различные ассистирующие методики (внутрисосудистые стенты, технику баллонного ремоделирования).

Пациентам, у которых после проведения эндоваскулярного лечения имеется остаточное заполнение церебральной аневризмы, необходимо повторное эндовасальное вмешательство, а при его невозможности или неудаче — открытая операция, направленная на полное исключение аневризмы из кровотока.

Операции на аневризме в остром периоде субарахноидального кровоизлияния показаны:

1. Больным с тяжестью субарахноидального кровоизлияния I-II степени по Hunt-Hess независимо от срока после кровоизлияния.

2. Больным с тяжестью субарахноидального кровоизлияния III степени по Hunt-Hess при лёгком или умеренном ангиоспазме (ориентировочная систолическая скорость кровотока в M1-сегменте средней мозговой артерии < 200 см/с или средняя скорость 120-200 см/с) независимо от срока после кровоизлияния.

3. Больным с тяжестью субарахноидального кровоизлияния IV-V степени по Hunt-Hess, если тяжесть состояния обусловлена внутримозговой гематомой с развитием дислокационного синдрома.

Операции на аневризме в остром периоде субарахноидального кровоизлияния откладываются:

1. У больных с тяжестью субарахноидального кровоизлияния III-IV степени по Hunt-Hess при умеренном или выраженном и распространённом ангиоспазме (ориентировочная систолическая скорость кровотока в M1-сегменте средней мозговой артерии > 200 см/с или средняя скорость > 200 см/с), III-IV типах изменения ЭЭГ.

2. У больных с анатомически сложными аневризмами (гигантские аневризмы, аневризмы основной артерии).

3. У больных с тяжестью субарахноидального кровоизлияния V степени по Hunt-Hess, если тяжесть состояния не определяется наличием внутримозговой гематомой.

Объём операции в остром периоде предполагает клипирование аневризмы. Для облегчения выполнения операции и улучшения исходов могут быть использованы: люмбальный дренаж и выведение 15-20 мл ликвора; наружный вентрикулярный дренаж (при внутрижелудочковом кровоизлиянии и острой гидроцефалии); удаление сгустков крови из базальных цистерн (профилактика ангиоспазма); удаление внутримозговой гематомы; перфорация конечной пластинки (профилактика гидроцефалии); анестезиологическое пособие, направленное на уменьшение травмы мозга.

Больным, тяжесть состояния которых не позволяет выполнить хирургическое вмешательство на аневризме, в ряде случаев по показаниям могут быть осуществлены другие хирургические вмешательства и манипуляции, направленные на улучшение и стабилизацию их состояния: наложение наружного вентрикулярного дренажа, наружная декомпрессия с пластикой твёрдой мозговой оболочки, удаление внутримозговой гематомы без исключения

аневризмы, установка субдурального или вентрикулярного датчика для контроля внутричерепного давления.

Случай из практики

Приведём описание собственного случая лечения субарахноидального кровоизлияния.

Больной М., 46 лет. Поступил в отделение для больных с ОНМК (нейрореанимацию) ГКБ № 7 Казани 13 сентября 2014 г. с жалобами на головную боль распирающего характера в лобной области, тошноту, рвоту, головокружение, общую слабость.

Заболел остро, 13.09.2014 в 9:00 – находился на даче, вскапывал землю культиватором; во время работы внезапно развилась сильная головная боль, наблюдалась рвота. В течение часа от начала заболевания доставлен в приёмный покой родственниками на личном автотранспорте.

Из анамнеза – 14.07.2014 развилась аналогичная симптоматика, проходил лечение в отделении для больных с ОНМК ГКБ № 7 с диагнозом «спонтанное не-травматическое субарахноидальное кровоизлияние» с 14.07.2014 по 03.08.2014, выписан в удовлетворительном состоянии.

Страдает артериальной гипертензией, ИБС, стенокардией напряжения.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести, обусловленное общимозговой симптоматикой, неврологическим дефицитом; кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски; температура тела 37,3°C; полость рта чистая, высыпаний нет; костно-скелетных деформаций нет; подкожно-жировой слой не увеличен; лимфоузлы не увеличены.

В лёгких при аускультации дыхание везикулярное, проводится во всех отделах, хрипов нет. ЧДД – 18 в минуту. SpO₂ – 99%. Тоны сердца при аускультации приглушены, ритмичные. ЧСС – 84 в минуту. Ps – 84 в минуту. АД – 135/75 мм рт.ст. Живот участвует в акте дыхания, не увеличен, безболезненный во всех отделах. Перистальтика выслушивается. Печень при перкуссии не выступает из-под края рёберной дуги. Функции тазовых органов контролирует.

Неврологический статус: уровень сознания по шкале комы Глазго 14 баллов, оглушение 1-й степени, шкала инсульта NIHSS – 1 балл, модифицированная шкала Рэнкин – 4 балла, индекс мобильности Ривермид – 3 балла, шкала Бартел – 11 баллов, КТ-шкала Фишера – 2-я степень, шкала Ханта – Хесса – 2-я степень. ЧМН: зрачки D=S. Фотореакции живые, равные. Глазные щели D=S. Движения глазных яблок не ограничены. Нистагма нет. Лицо симметрично. Речь и глотание не нарушены. Язык по средней линии. Чувствительность не нарушена. Мышечная сила в правых и левых конечностях 5 баллов. Сухожильные рефлексы живые, D=S. Патологические рефлексы: с двух сторон. Координаторные пробы выполняет с лёгкой дизметрией с двух сторон. Менингеальные знаки: ригидность затылочных мышц на 2 поперечных пальца, симптом Кернига на 140° с двух сторон.

Компьютерная томография головного мозга от 13.09.2014 – дифференциация серого и белого вещества отчётливая. Очагов с изменённой плотностью в веществе мозга не выявлено.

Срединные структуры не смещены. Желудочки головного мозга не расширены, в полости желудочков определяется кровь. Субарахноидальные конвекситальные пространства и борозды головного мозга не расширены, в субарахноидальных пространствах определяется кровь. Заключение: КТ-признаки САК, кровоизлияния в желудочки.

Компьютерная томография головного мозга от 18.09.2014 – дифференциация серого и белого вещества мозга отчётливая. Очагов патологической плотности не выявлено. В субарахноидальных пространствах определяется кровь. Срединные структуры не смещены. Желудочки головного мозга, конвекситальные борозды не расширены. Травматических изменений костей свода и основания черепа не выявлено. На РКТ с контрастированием в артериальную фазу определяется аневризматическое расширение передней соединительной артерии до 7 x 7 x 6 мм, базилярной – до 4 мм в диаметре. Заключение: РКТ-данные за САК. Аневризма передней соединительной артерии.

Церебральная панангиография от 22.09.2014 – аневризма сегмента А1 правой передней мозговой артерии полициклической формы. Купол направлен кпереди и медиально.

Экстракраниальное дуплексное сканирование сосудов от 13.09.2014 – Эхо-признаки атеросклеротического поражения сосудов, стенозирующая стадия. Стеноз подключичной артерии справа 35%, общей сонной артерии слева – 25-30%. Сосуды на всём видимом протяжении проходимы, стенки сосудов неравномерно уплотнены. Извитость позвоночных артерий с двух сторон. Спектр не изменён.

Транскраниальная доплерография сосудов головного мозга от 13.09.2014 – кровоток снижен по задней мозговой артерии справа, по передней мозговой артерии – с двух сторон. Кровоток по сосудам симметричный. Pi повышен по передней мозговой артерии справа, по средней мозговой артерии – слева, снижен по задней мозговой артерии с двух сторон. Паттерн затруднённой перфузии по передней мозговой артерии справа, остаточного потока по задней мозговой артерии – справа. Центральное перфузионное давление в пределах нормы. Тонус вен выраженный, признаки внутричерепной гипертензии.

Эхокардиография от 15.09.2014 – умеренная гипертрофия стенок левого желудочка. Диастолическая дисфункция обоих желудочков. Уплотнение аорты, уплотнение клапанных структур сердца, по-видимому, атеросклеротического генеза. Митральная и трикуспидальная недостаточность 1-й степени.

ЭКГ от 13.09.2014 – синусовый ритм, 84 в минуту, вертикальное положение электрической оси сердца.

Рентгенография ОГК от 13.09.2014 – в лёгких без инфильтративных изменений.

Общий анализ крови:

от 13.09.2014 – гемоглобин 124 г/л, эритроциты 3,73 x 10¹²/л, ЦП 0,9, гематокрит 35,8%, лейкоциты 10,3 x 10⁹/л, тромбоциты 305 x 10⁹/л, лейкоформула: палочки – 3, сегменты – 74, лимфоциты – 16, моноциты – 7, СОЭ 18 мм/ч;

от 21.09.2014 – гемоглобин 119 г/л, эритроциты 3,62 x 10¹²/л, ЦП 0,9, гематокрит 35,0%, лейкоциты 5,1 x 10⁹/л, тромбоциты 237 x 10⁹/л, лейкоформула: палочки – 5, сегменты – 72, лимфоциты – 19, моноциты – 2, эозинофилы – 2, СОЭ 40 мм/ч.

Общий анализ мочи:

от 13.09.2014 – удельный вес 1025, белок отрицательный, лейкоциты 2-3 в поле зрения, эпителий 6-8 в поле зрения; от 21.09.2014 – удельный вес 1030, белок 0,01 г/л, лейкоциты 3-4 в поле зрения, эпителий 4-5 в поле зрения.

Биохимия крови:

от 13.09.2014 – АЛТ – 57 ед., АСТ – 30 ед., билирубин – 5,2 мкмоль/л, ХС – 7,1 ммоль/л, креатинин – 97 мкмоль/л, сахар – 8,85 ммоль/л, мочевины – 4,28 ммоль/л, K⁺ – 4,02 ммоль/л, Na⁺ – 143,7 ммоль/л;

от 21.09.2014 – АЛТ – 11 ед., АСТ – 10 ед., билирубин – 12,2 мкмоль/л, ХС – 6,03 ммоль/л, креатинин – 98 мкмоль/л, сахар – 4,87 ммоль/л, мочевины – 8,64 ммоль/л, K⁺ – 3,8 ммоль/л, Na⁺ – 138,7 ммоль/л.

Коагулограмма:

от 13.09.2014 – АЧТВ 22,5 с, протромбиновый индекс 136%, фибриноген 2,3 г/л, МНО 0,933;

от 21.09.2014 АЧТВ 26,4 с, протромбиновый индекс 100%, фибриноген 4,09 г/л, МНО 1,019.

Диагноз: повторное спонтанное не-травматическое субарахноидальное кровоизлияние (от 13.09.2014) у больного с ранним восстановительным периодом спонтанного нетравматического субарахноидального кровоизлияния (от 14.07.2014). Аневризматическая болезнь головного мозга. Разрыв аневризмы сегмента А1 правой передней мозговой артерии. Гипертоническая болезнь III ст. Риск 4. ИБС: СН ФК 3. ХСН 1. ФК 2.

Проведено стандартное лечение субарахноидального кровоизлияния со значительным улучшением. Для дальнейшего оперативного лечения пациент переведён в нейрохирургическое отделение.

Ирина СУЛТАНОВА,
доцент кафедры скорой медицинской помощи,
медицины катастроф и мобилизационной
подготовки здравоохранения,
кандидат медицинских наук.

**Казанская государственная
медицинская академия.**

Эти и другие вопросы поднимались на Республиканской межвузовской студенческой научно-практической конференции «Молодёжь против СПИДа и наркотиков», состоявшейся на базе Пермского государственного медицинского университета им. Е.А.Вагнера. В ней приняли участие студенты медицинских вузов из Москвы, Башкортостана, Екатеринбурга, Кирова, Красноярска, Ростова, Рязани, Самары и Перми.

Место в дюжине

Пермский край занимает двенадцатое место в РФ по уровню заболеваемости ВИЧ-инфекцией. В регионе с населением 2 млн 630 тыс. человек зарегистрировано более 22,5 тыс. ВИЧ-инфицированных. Ежедневно выявляются 10 новых случаев заражения.

У ВИЧ-инфицированных матерей Пермского края родилось 3466 детей, 189 из которых поставлен диагноз ВИЧ-инфекции. СПИД выплеснулся из групп риска и сейчас в 58,8% случаев распространяется по краю половым путём. Но основным его двигателем остаётся наркомания. 69,3% инфицированных половым путём заразились от потребителей внутривенных наркотиков.

Студенты Пермского государственного медицинского университета внимательно изучают развитие эпидемиологического процесса на территории региона. Работают в общественном совете при Управлении федеральной службы России по контролю за оборотом наркотиков по Пермскому краю. Восьмой год подряд активно участвуют в благотворительной акции Пермского краевого центра по профилактике и борьбе со СПИДом «Протяни руку помощи!» Она проводится в помощь детям, рождённым от ВИЧ-инфицированных матерей. 25% таких детей либо являются отказными, либо воспитываются у бабушек и дедушек, других малоимущих родственников. Студенты распространяют информацию о проблемах таких детей, собирают денежные пожертвования, на которые приобретаются средства личной гигиены, обучающие и развивающие игры, детская одежда. Всё это передаётся в краевой Центр по профилактике и борьбе со СПИДом.

На базе ПГМУ состоялось 15 городских межвузовских междисциплинарных конференций,

Ориентиры

Студенты-медики против СПИДа

Как может сдерживать ВИЧ медицина?



Будущие врачи настроены решительно

в которых ежегодно принимают участие студенты Пермского государственного института культуры, Пермского национального исследовательского политехнического университета, Пермского государственного научного исследовательского университета. Традиционно выступают с докладами студенты из медицинских вузов соседних регионов. По решению Министерства здравоохранения РФ в 2014 г. конференция получила статус республиканской.

Открыла конференцию ректор Пермского государственного медицинского университета им. Е.А.Вагнера, профессор, заслуженный деятель науки Ирина Корюкина. С приветствием к участникам обратились проректор университета, руководители и специалисты Пермского краевого центра по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями, Пермского краевого наркологического диспансера, Управления Федеральной службы РФ по контролю за оборотом наркотиков по Пермскому краю, Управления Роспотребнадзора Пермского

края, некоммерческого партнёрства «Антинаркотические программы». Вела известный российский учёный-эпидемиолог, заведующая кафедрой эпидемиологии ПГМУ, профессор Ирина Фельдблюм.

Аспекты эпидемии

Конференцию открыл блок докладов, анализирующих эпидемическую ситуацию по ВИЧ-инфекции в регионах. Их подготовили студенты Красноярского, Самарского и Пермского государственных университетов. Все они отметили напряжённую обстановку по распространению ВИЧ-инфекции в своих регионах, молодёжный характер эпидемии.

Особенно тревожна ситуация в Самарской области, где зарегистрировано более 56 тыс. ВИЧ-инфицированных. Все последние 11 лет шёл неуклонный рост заболеваемости по всем территориям региона. Особенно чётко эта тенденция прослеживается на примере сельских территорий, где число заболевших увеличилось более чем в 4 раза. В докладе это связывается с развитием наркоторговли,

децентрализацией точек продажи наркотиков, высоким уровнем безработицы среди сельской молодёжи.

В число 20 территорий России с высоким уровнем заболеваемости ВИЧ-инфекцией входит Красноярский край. Здесь, как и в Пермском крае, ежедневно выявляются до 10 новых случаев ВИЧ-инфекции. Более чем в 60% случаев ВИЧ поражает молодых людей в возрасте до 30 лет. Основным фактором риска заражения является употребление внутривенных наркотиков.

В Пермском крае прослеживается тенденция к «постарению» ВИЧ-инфекции. Средний возраст ВИЧ-инфицированных за 9 месяцев 2014 г. по сравнению с аналогичным периодом прошлого года вырос с 31,9 до 32,6 лет. Ведущими причинами смерти ВИЧ-инфицированных являются туберкулёз, заболевания органов дыхания, болезни системы кровообращения.

Второй блок докладов на конференции был посвящён клиническим проявлениям ВИЧ-инфекции. От Башкирского медицинского университета прозвучало выступление на тему «Клинико-неврологические маркёры ВИЧ-инфекции». Спектр неврологических проявлений при ВИЧ-инфекции чрезвычайно широк. Нервная система вовлекается в патологический процесс у 50-90% больных, что может вызвать большие диагностические затруднения для практических врачей при отсутствии настороженности в отношении к ВИЧ-инфекции как одной из возможных причин заболевания.

Студенты Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова на примерах историй больных проанализировали тяжесть течения атипичной микобактериальной инфекции в сочетании с ВИЧ-инфекцией. Она может протекать как классический туберку-

лёз, может приобретать скрытое течение, что требует повторных анализов и динамического наблюдения за таким пациентом.

С докладами о поражении лор-органов у пациентов с ВИЧ-инфекцией, о возникновении поражения нервной системы при одновременном заболевании сифилисом и ВИЧ-инфекцией, об особенностях течения гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей выступили студенты ПГМУ. Делегаты конференции от Уральского государственного медицинского университета подготовили такие работы, как «Оценка рисков профессионального заражения медицинскими работниками гемоконтактными инфекциями», «Оценка статуса контактирующих с ВИЧ-инфицированными лицами». По уровню поражённости населения ВИЧ-инфекцией Свердловская область занимает третье место среди субъектов РФ, уступая только Самарской и Иркутской областям. Ежегодно 250-300 медицинских работников региона обращаются за медицинской помощью по поводу уколов, порезов и попадания биологических жидкостей на незащищённые слизистые оболочки и кожу.

Большой блок выступлений был посвящён вопросам профилактики и информированности населения по проблеме ВИЧ-инфекции и парентеральных гепатитов. Уровень знаний о ВИЧ-инфекции работников здравоохранения проанализировали студенты Ростовского государственного медицинского университета, уровень знаний студентов медицинских вузов – докладчики УГМУ, ПГМУ, информированность «наивного» населения своей области – студенты Кировской государственной медицинской академии. Рязанским государственным медицинским университетом был представлен стендовый доклад «Какой путь выберешь ты?»

В своих исследованиях студенты пришли к выводу, что основными направлениями профилактических мероприятий против распространения СПИДа являются пропаганда безопасного секса и борьба с употреблением наркотиков.

Научная часть конференции была дополнена информационно-просветительской: плакатами, видеороликами, ситуационными играми.

Наталья СЕМЁНОВА.

Пермь.

Фото Павла КАРАВАЕВА.

События

Проблемы зрения — на обозрение

В Астрахани прошёл большой офтальмологический конгресс

Наиболее примечательным событием стартовавшей в Астрахани научно-практической конференции «Инновационные технологии в офтальмологической практике регионов» стала «Живая хирургия» в режиме интернет-трансляции. Кроме того, стоит отметить, что на этот раз традиционный съезд специалистов Южного федерального округа прошёл с участием коллег из стран Прикаспия, а также Италии, Германии, Нидерландов и США.

Ни для кого не секрет, что современные информационные технологии набирают всё больший оборот, в том числе и в сфере здравоохранения. Поэтому аудитория нынешнего конгресса,

в отличие от прошлых лет, была куда внушительнее. Заявки на интернет-участие в этом мероприятии подали свыше десятка регионов России. Очевидно, что наибольшее внимание участников конференции было приковано к исключительным по своей сложности операциям в режиме онлайн, которые транслировались из офтальмологических операционных Новосибирска, Екатеринбурга, Краснодар, Казани и Астрахани.

«Мы отобрали пациента с очень сложной патологией – зрение 18-летнего юноши из Камызякского района Астраханской области составляет менее 1%, – рассказала ведущий организатор конгресса, главный офтальмолог Министерства здравоохранения

Астраханской области Лия Рамазанова. – Специально для этого пациента в США изготовлены самые сложные интраокулярные линзы уникальной конструкции. Имплантация таких линз будет проведена в России впервые. Общая стоимость операции превышает 500 тыс. руб., но для пациента она абсолютно бесплатна», – добавила эксперт.

Это хирургическое вмешательство проведёт признанный в Европе специалист микрохирургии профессор Михаил Пожарицкий, наш бывший соотечественник, ныне проживающий и работающий в Италии. Операционная была предоставлена медико-санитарной частью одного из крупнейших астраханских предприятий.

«Мы продемонстрируем, как могут сотрудничать государственные и частные клиники, – отметила Л.Рамазанова. – К сожалению, далеко не все возможности мировой практики доступны пациентам в государственных медучреждениях. Зачастую частные медцентры имеют в своём арсенале гораздо больше возможностей приобрести последние технические разработки, применять дорогостоящие современные материалы, – подчеркнула она. – Таким образом, специалисты этих клиник быстрее осваивают новые методики и оборудование. Астраханские офтальмологи нашли возможность приобщаться к мировым достижениям также быстро при помощи новой формы

сотрудничества: клиники имеют возможность демонстрировать свои возможности, а наши специалисты – перенимать передовой опыт для внедрения его в повседневную офтальмологическую практику», – резюмировала она.

Примечательно также, что в рамках этого конгресса состоялись заседание Российского общества катарактальных и рефракционных хирургов, образовательные семинары по практическим вопросам офтальмохирургии, фармакотерапии, диагностики, а также прошла выставка офтальмологической продукции.

Борис БЕРКУТ.

МИА Сити!

Астрахань.

Сегодня о лихорадке Эбола не говорит только ленивый. И по-прежнему она оставляет больше вопросов, чем ответов. Предлагаем нашим читателям точку зрения эпидемиолога Льва ХОДАКЕВИЧА, сотрудника Программы ликвидации оспы в Индии и других странах Юго-Восточной Азии, старшего советника программы в Эфиопии, доктора медицинских наук. Лев Николаевич – сотрудник Отделения ликвидации оспы штаб-квартиры ВОЗ. Сейчас он занят работой по противодействию эпидемиям ВИЧ/СПИДа в программах ВОЗ и других международных организаций.

Победили, но...

В 1980 г. 33-я сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения торжественно провозгласила, что мир одержал победу над натуральной оспой. По мере ликвидации этого заболевания, в 70-е годы, возник вопрос: возможен ли повторный занос в человеческое общество натуральной оспы или оспоподобного заболевания?

Интерес к экологии вируса резко возрос после выявления оспы обезьян у человека. Исследования образцов, полученных от диких животных в трёх странах Западной Африки (Берег Слоновой Кости, Мали и Верхняя Вольты) в 1970-1974 гг. и в Заире в 1979 г. не продвинули исследователей в понимании характера циркуляции вируса оспы обезьян в природе.

С учётом рекомендации Глобальной комиссии изучение циркуляции вируса в природе было интенсифицировано в 1983 г. Д-р Исао Арита, руководивший в то время отделением ликвидации оспы в штаб-квартире ВОЗ, поручил мне организовать координацию и проведение исследований и выделил средства, необходимые для их осуществления.

Изучая экологию вируса

Исследование проводилось в несколько этапов. Отправной точкой стал анализ данных заболеваемости оспой обезьян населения стран Экваториальной Африки, полученных в результате эпиднадзора, проводимого под руководством отделения ликвидации оспы ВОЗ (И.Арита, Ж.Ежек, М.Счениовский) с поддержкой справочных центров ВОЗ в Москве и Атланте в течение примерно 10 лет. Результаты получились интересными и неожиданными – наиболее высокая заболеваемость среди невакцинированного против оспы населения была установлена у детей 3-7 лет, в то время как 6,6% были подростки 9-14 лет и лишь 3,5% выпадало на население старше 15 лет. Парадокс в том, что наименее подверженными риску оказались взрослые, которые охотятся на диких животных, свежую их и разделяют туши для приготовления пищи.

Результаты этого анализа привели к следующему этапу в нашем исследовании – изучению мест пребывания и поведения населения различных возрастов. Изучение местности (зона Бумба на северо-западе Заира), окружающей посёлки, выявило следующие закономерности. Жители посёлков занимаются подсечно-огневым земледелием. Вначале они выжигают участки «закрытого» или «зонтичного», по различным классификациям, леса, расчищают и перепаживают их. Через несколько лет эти участки забрасывают и осваивают новые. На заброшенных участках моментально бурно разрастается вторичный лес, который быстро заселяют многочисленные виды мелких млекопитающих, обитающих на наземном и воздушном уровнях, преимущественно белки и другие грызуны.

Путём опросов населения наша бригада выяснила, что дети в возрасте до 2-3 лет обычно находятся дома в посёлке или на площадке около дома, а в периоды обработки полей и сбора урожая – во временных поселениях около участков земледелия. За ними присматривают либо мать, либо старшие в семье. В возрасте 4-5 лет они присоединяются к старшим ребятам, которые отправляются на промысел на заброшенные после земледелия участки, где отлавливают и отстреливают животных, разделяют их на месте и едят без всякой термической обработ-

схема циркуляции вируса. Кроме того, работа приоткрыла занавес над двумя другими аспектами: первый – это ареал вируса оспы обезьян в природе и второй – место возникновения натуральной оспы. В результате исследований мы склонны утверждать, что вирус оспы обезьян можно рассматривать в качестве наиболее вероятного кандидата на том основании, что он вызывает у человека болезнь, которая протекает в точности так, как натуральная оспа. Кем бы ни оказался прародитель вируса натуральной оспы, произошла эта трансформация, скорее всего, в зоне

Повторные заболевания, зарегистрированные в разные годы в Заире, Габоне, Судане и Уганде, говорят о том, что на территориях этих стран существуют стабильные очаги энзоотии. Это скорее относится и к другим странам экваториальной и субэкваториальной зон Африки, от Гвинеи на западе до Южного Судана на востоке.

Большая эпидемия лихорадки Эбола была зарегистрирована в 2014 г. в Гвинее. Относительно небольшая территория на юго-востоке этой страны покрыта влажным тропическим лесом, но случаи оспы обезьян человека

дей вирусом Эбола в результате контакта с инфицированными шимпанзе, гориллами и лесными антилопами, как мертвыми, так и живыми. Также человек получает инфекцию в результате контактов с плотоядными летучими мышами, обезьянами и дикобразами.

Эти отдельные находки не говорят ни о том, какие животные являются основными «хозяевами» вируса, то есть обеспечивают выживание его популяции в природе, ни о наличии латентной инфекции, ни о видах передачи от одних видов (и групп) животных другим и о многих других аспектах эпизоотологии.

Анализ и прогнозы

Загадочная инфекция

Взгляд на лихорадку Эбола участника Глобальной программы ликвидации натуральной оспы



В лесах Африки таятся коварные инфекции

ки. Вот в этих местах и следовало искать вирус, вернее антитела против него, как доказательство перенесённой ими инфекции.

Первая находка была в посёлке Ямбуку в Бельгийской миссии, оказывавшей медицинскую помощь местному населению, на базе которой работала экспедиция ВОЗ.

Лабораторные исследования

В то время как грызуны представляли основную цель, образцы крови брали у домашних кошек, предполагая, что они могли заразиться от съеденных грызунов, у мелкого рогатого скота, ожидая, что эти животные могли получить инфекцию с контаминированной вирусом травой, у домашних и диких грызунов, включая белок, как у потенциальных жертв вируса. Образцы крови замораживали в жидком азоте и периодически отправляли через Киншасу в Женеву и оттуда в лабораторию С.Маренниковой и Джеймсу Накано в лабораторию, работавшую на базе Центров по борьбе с болезнями в Атланте (штат Джорджия, США). Эта система хранения и транспортировки образцов была отлажена превосходно, так что через пару месяцев мы получали результаты лабораторных исследований из обеих лабораторий. Всего на антитела было обследовано более 2,5 тыс. образцов.

На основании полученных уровней заболеваемости среди различных групп животных и человека и учитывая высокую восприимчивость белка к вирусу оспы обезьян, показанную в экспериментах, была создана

тропических лесов Центральной Африки. Этот географический район и явился, на наш взгляд, родиной натуральной оспы человека. В последующем оспа была занесена мигрирующими группами населения в другие регионы мира.

Вопросы без ответов

А теперь, в свете изложенных выше результатов исследований по экологии вируса оспы обезьян, позволю себе сделать несколько комментариев по проблемам, связанным с распространением вируса Эбола. К сожалению, здесь значительно больше вопросов, чем ответов. О распространённости вируса можно судить практически лишь по случаям заболевания человека. Центры по контролю и профилактике заболеваний (CDC) США, ранее известные как Центры по борьбе с болезнями, и ВОЗ периодически публикуют отчёты по заболеваемости и научным исследованиям по геморрагическим лихорадкам, которые позволяют следить за развитием событий и делать какие-то выводы. На них и основывается наш анализ. Нас интересуют вопросы экологии вируса и возможные подходы к профилактике заболеваний человека.

Наиболее часто случаи заболевания человека (1201 случай) были зарегистрированы в Заире (позже Республика Конго и Демократическая Республика Конго). Здесь заболевания были зарегистрированы в течение 10 лет (1976-2012), и число случаев варьировало от 1 до 318 в течение года. Эта цифра одного порядка с заболеваемостью в течение лишь 8 месяцев 2014 г. в Либерии, Сьерра-Леоне и Гвинее.

здесь не регистрировались. Не сообщалось о случаях обеих болезней в Гане, Бенине и Конго, небольшие территории которых покрыты влажным тропическим лесом. Не было случаев оспы обезьян в Габоне, где Эбола у человека регистрировалась в течение 5 лет, и в Судане, где вспышки возникали в течение 3 лет. В общем и целом, распространение энзоотии обеих инфекций в Африке совпадает с территориями, покрытыми влажными тропическими лесами. Однако есть исключения. Непонятны, например, причины возникновения крупных вспышек в Гвинее, Либерии и Сьерра-Леоне, где влажные тропические леса занимают лишь небольшую часть территорий этих стран. Факты говорят о том, что энзоотии лихорадки Эбола выходят за пределы зоны влажных тропических лесов, и круг носителей инфекции в природе, очевидно, отличается большим многообразием.

Согласно теории саморегуляции паразитарных систем (В.Беляков), взаимодействие системы паразит – хозяин происходит в постоянно меняющихся социальных и природных условиях, оказывающих влияние на развитие эпидемического процесса. Эти условия, определяющие фазность развития эпидемического процесса, можно объединить в три группы: определяющие различные формы «перемешивания», миграции людей; определяющие активизацию механизма передачи возбудителя; снижающие иммунитет и резистентность.

Какие из этих факторов привели к эпидемиям лихорадки Эбола в трёх странах в 2014 г., остаётся загадкой. Никаких заметных природных изменений в предшествующие годы отмечено не было – ни землетрясений, ни извержений вулканов, ни цунами. Среднегодовые температуры и интенсивность осадков оставались в пределах обычных многолетних колебаний. К сожалению, мы не располагаем данными о первичных случаях лихорадки Эбола в очагах, таких как возраст, пол, занятость больных, а также о характеристике поселений, где они возникали. Эти данные позволили бы точнее определить районы риска заражения и группы населения, подверженные повышенному риску. Отмечено, что важную роль в распространении инфекции играют грызуны. Именно в популяциях грызунов вирус циркулирует, лишь изредка переходя на человека. В Кот-д'Ивуаре, Республике Конго и Габоне документально подтверждены случаи инфицирования лю-

Что делать?

Что касается предотвращения заражения населения, тут следует иметь в виду четыре аспекта. Первый – заражение местных жителей от диких животных. Второй – вторичные заражения местного населения (контакты, особенно во время похорон умерших от лихорадки Эбола). Третий – заражение медперсонала, который занимается лечением и уходом за больными. И четвёртый – заражение путешественников из других стран, попавших в районы энзоотии.

По третьему и четвёртому пунктам ответы есть. ВОЗ и CDC разработали подробные документы по пакетам мероприятий, направленных на предотвращение заражения в медицинских учреждениях. CDC также сформулировал комплекс мер для путешественников в районы, где может произойти заражение вирусом, включая стремление избегать посещений этих стран без острой необходимости, меры предосторожности в них и поведение по возвращении на родину.

Однако в отношении двух первых пунктов мы не нашли каких-то рекомендаций. А ведь именно от частоты местных заражений зависит вероятность вывоза инфекции за пределы стран, где распространены энзоотии. Первое, что бы следовало сделать, – это организовать старый добрый санпросвет, направленный на обучение населения раннему выявлению случаев. Так как у 50% больных заболевание сопровождается сыпью, здесь, возможно, пригодился бы опыт Программы ликвидации оспы, которая использовала для выявления больных так называемые идентификационные карточки с фотографиями больных оспой. Второе – это информирование населения об опасности контактов с больными; в особенности были отмечены многочисленные заражения, произошедшие во время погребальных церемоний.

В долгосрочной перспективе – это мотивация и экономическая поддержка населения в развитии животноводства, что позволило бы значительно снизить частоту контактов местного населения с дикими животными и минимизировало бы возможность заражения вирусами Эбола, оспы обезьян и ещё неизвестными возбудителями, циркулирующими среди животных в лесах экваториальной и субэкваториальной зон Африки.

Москва.

В рамках выставки «Фарм-МедПром 2014», посвящённой демонстрации результатов госпрограммы «Развитие фармацевтической и медицинской промышленности» на 2013-2020 гг. состоялась дискуссионная сессия «Промышленная политика для обеспечения здоровья нации». Её участниками стали представители федеральных и региональных министерств здравоохранения, промышленности и торговли, образования и науки, государственных вузов, российских производственных площадок, а также профессиональных союзов врачей и фармацевтов.

Основная часть финансирования в рамках Госпрограммы развития фармацевтической и медицинской промышленности до 2020 г. приходится на поддержку научных и прикладных исследований в области разработки и организации производства лекарственных средств. «В рамках ФЦП не может быть профинансирована напрямую реконструкция и модернизация основных средств производства частных предприятий, бюджетные инвестиции направлены в сторону создания научно-исследовательской инфраструктуры», – отметил Сергей Цыб, заместитель министра промышленности и торговли РФ.

По его словам, соотношение финансирования между фармацевтической и медицинской отраслями составляет 2 : 1, так как «в фарме сейчас более масштабные исследования, учитывая все сроки, риски и проблемы, связанные с разработкой лекарственных препаратов».

Заместитель министра напомнил, что программа состоит из двух этапов: первый – модернизация, второй – инновации. «С 2015 г. мы начинаем активно заниматься созданием нового инструментария в рамках государственной программы, которая будет в конечном итоге нацелена на поддержку исследований в области создания новых продуктов: как лекарственных средств, так и медицинских изделий», – рассказал Цыб.

В рамках ФЦП Минпромторгом России заключено 132 государственных контракта на выполнение научно-исследовательских и опытно-конструкторских разра-

Деловые встречи

По полному циклу

Государство поддержит инвесторов, которые вкладывают средства в российскую фарму



По рынку медицинских изделий наши разработки имеют колоссальный потенциал

боток по технологии и организации производства лекарственных препаратов из Перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП), не производимых отечественными предприятиями. По 93 из этих контрактов работы были завершены в ноябре 2014 г., по 38 – продолжаются, а 33 контракта будут реализованы в 2015 г.

По рынку медицинских изделий разработки, которые начаты в рамках программы, имеют колоссальный потенциал в плане импортозамещения – более 30 млрд руб., уверен С.Цыб.

Заместитель министра промышленности и торговли также упомянул об изменениях в госпрограмме, которые сейчас готовятся. В первую очередь они будут направлены на поддержку производства субстанций. Ещё одним эффективным инструментом, которым Минпромторг России занимается в рамках исполнения поручений Президента и правительства, являются долгосрочные контракты в сфере инновационных лекарственных

средств и медицинских изделий для орфанных заболеваний.

Касаясь вопросов локализации и определения того, что считается российским продуктом, спикер рассказал, что подготовлены два постановления правительства: одно (по медицинским изделиям) уже согласовано со всеми заинтересованными сторонами и внесено в правительство, второе вскоре поступит в кабинет министров. С.Цыб напомнил, что лишь до 1 января 2016 г. российским продуктом будет считаться то, что прошло только первичную и вторичную упаковку в России. «Это было консолидированное решение, согласованное со всеми нашими коллегами, фармсообществом, – подчеркнул заместитель министра. – Учитывая, что многие компании находятся в инвестиционном цикле и активно вкладывают деньги, думаю, большинство из них к 1 января 2016 г. уже как минимум готовую лекарственную форму в России будут производить».

Также дополнительные преференции смогут получить про-

изводители запатентованных инновационных ЛП, в том числе и иностранные, заключающие долгосрочные контракты при обязательной локализации на территории РФ. В Минпромторге России до 1 июня 2015 г. будет разработан документ, который определяет стадии технологического процесса, чтобы на их основе разработать комплекс преференций для производителей полного цикла.

«Производство полного цикла лекарственных препаратов и изготовление готовой формы из импортной субстанции – это два совершенно разных процесса по затратам, уровню технологичности, компетенций и знаний. Очевидно, что производители полного цикла должны иметь дополнительные преференции перед теми, кто производит только готовую лекарственную форму, и тем более перед теми, кто просто упаковывает продукцию», – отметил С.Цыб.

Заместитель министра образования и науки РФ Людмила Огородова отметила роль Минпромторга России в создании и эффективной реализации программы. По её словам сегодня создана мощная площадка, на которой объединены как минимум три министерства – Минздрав, Минпромторг и Минобрнауки. Программа является настоящим драйвером развития, а фармацевтическая отрасль становится одной из отраслей с выраженной динамикой инновационной экономики.

Министерство образования и науки является государственным заказчиком и реализует в рамках программы ряд мероприятий. Заместитель министра образования рассказала, что к настоящему времени 5,5 млрд руб. мегагрантов израсходованы только на задачи медицинской и фармацевтической науки. Результат этих грантов не только лаборатории передового уровня, но и полноценные команды, которые могут и должны заниматься выполнением

программ развития науки и подготовки кадров.

В свою очередь, академик РАН Александр Гинзбург, руководитель НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф.Гамалеи, комментируя ход реализации программы, сказал, что действительно видит «эволюционное, очень положительное развитие всех моментов, связанных с этим направлением» и одновременно призвал быстрее решать возникающие проблемы, вкладывать средства в проведение клинических испытаний и фундаментальных исследований.

В заключение дискуссии Захар Голант, председатель правления НП «Союз фармацевтических и биомедицинских кластеров России», назвал одним из самых главных итогов ФЦП сложившуюся команду, которую предложил называть «новой русской фармой». «Но сложилась не только команда компаний-профессионалов, которая сейчас занимается очень серьёзной регуляторикой, развитием собственного бизнеса. Сложились целые регионы. Уже обозначились такие регионы, как Санкт-Петербург, Московская область, Москва, Ярославль, я надеюсь, Томск в течение какого-то времени, Калуга, которые сейчас получили право с большим основанием, чем это было несколько лет назад, называться кластерами, там развиваются не только сами компании, которые являются производственными, развиваются и научные институты. Самое главное – развивается кооперация».

Завершая работу сессии, Сергей Цыб заверил участников: «Мы будем поддерживать инвесторов, которые вкладывают средства в российскую фарму, производство медицинских изделий, чётко понимают цели и задачи, поставленные нашими Президентом и правительством, по развитию собственной, крупной, мощной, сильной, независимой фармацевтической медицинской отрасли».

Ирина АНДРЕЕВА.

Перспективы

В Санкт-Петербурге состоялось собрание, в котором приняли участие около 100 представителей (из которых 18 деканов, 16 заведующих кафедрами) фармацевтических факультетов и их заместителей из ведущих медицинских вузов страны, чтобы впервые за 10 лет пересмотреть программу обучения студентов-фармацевтов. Задача – найти решение ключевой проблемы российской фармацевтической промышленности: «острого голода» в сотрудниках, сообщается в пресс-релизе, поступившем в редакцию «МГ».

В частности, участники встречи отметили, что нехватка высококвалифицированного персонала для медицинской промышленности ставит под угрозу выполнение целевой федеральной программы «Фарма-2020». Сегодня подготовка по специальности «фармация» во многом ориентирована на сферу обращения лекарственных средств. По данным Санкт-Петербургской государственной химико-фармацевтической академии (СПГХФА), около 80% студентов вуза уходят работать в ритейл (аптеки). Но к

Учись, студент!

В России будут готовить специалистов для фармацевтической промышленности по новым стандартам

2020 г. в России будет более 400 современных фармацевтических предприятий. Логика развития диктует необходимость подготовки кадров для сферы исследований и разработок, управления качеством, регуляторных отношений.

Для обсуждения вопросов разработки новых подходов к образованию в Санкт-Петербург приехали деканы фармацевтических факультетов и их заместители со всей страны: из Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, Витебского государственного медицинского университета, Казанского государственного медицинского университета, Новосибирского государственного медицинского университета, Пятигорского медико-фармацевтического ин-

ститута и других вузов. Работа велась в рамках учебно-методической комиссии «Преподавание фармацевтических дисциплин». Сегодня в России провизоров готовят в 55 вузах страны (35 Минздрава, 18 Минобрнауки, 1 Минобороны России, 1 частный).

На современном рынке большой объём биотехнологических препаратов, но практически ни в одной образовательной программе по фармацевтике о них ничего не сказано. Студенты имеют весьма смутное представление о том, что такое моноклональные антитела, пептиды, сигнальная система. Комиссия обсуждала необходимость введения в программу обучения генетики, молекулярной биологии, изучение вопросов контроля качества и фармацевтического

анализа биопрепаратов, вакцин, сывороток, иммунобиологических препаратов. Не хватает и курсов по медицинской физике, информатике, статистике. Но в целом сегодняшнее образование имеет очень серьёзную базу и достаточно дополнить его востребованными компетенциями.

Много говорилось о том, что важно развивать академическую мобильность. У каждого вуза есть направления, в которых они наиболее сильны. Студенты должны иметь возможность получать знания по какому-то направлению там, где оно наиболее глубоко изучено.

– Главная задача учебно-методической комиссии «Преподавание фармацевтических дисциплин» – разработать образовательные программы, которые будут готовить специалистов, об-

ладающих знаниями и навыками, необходимыми для современной фармацевтической промышленности России. Всё это возможно только в тесном сотрудничестве с российскими фармацевтическими компаниями», – отметил ректор СПГХФА Игорь Наркевич.

На сегодняшний день в фармацевтическом кластере Санкт-Петербурга занято около 59 тыс. человек. В планах – строительство ещё более десятка производств к 2020 г. По оценке И.Наркевича, это от 2,5 тыс. до 4 тыс. высококвалифицированных рабочих мест только на производстве, не считая учёных для исследовательских лабораторий по разработке сложных биологических препаратов. Сегодня СПГХФА выпускает около 500 специалистов для фармацевтической промышленности. Этого явно недостаточно. Поэтому так важно за эти несколько лет, которые остались, успеть переориентировать фармацевтические факультеты на новые стандарты подготовки высококвалифицированных кадров для современной российской фармацевтической промышленности.

Анна КРАСОВКИНА.

Открытия, находки

Мозг и его связи

В биосфере лишь один вид рисует и на основе рисунков создал разные системы письма. Однако выясняется, что рисовали не только неандертальцы, но и более далёкие наши предки.

Журнал Nature опубликовал сообщение об уникальной находке в музее Лейденского университета, где хранится коллекция голландского врача Э.Дюбуа, открывшего в 1891 г. в Триниле, что на реке Соло в восточной Яве, череп прямоходящего человека (Homo erectus). На одной из раковин двусторонней беззубки – Pseudodon – учёные обнаружили рисунок в виде зигзага, возраст которого определён в 0,5 млн лет, что делает его намного старше того, что было найдено на юге Африки и в пещере Гибралтара, в которой обитали неандертальцы. В том же журнале приведены первые данные анализа более 300 геномов людей, живущих южнее Сахары, что позволит создать чёткую и ясную картину формирования современного человека в его африканской колыбели, а также его склонности к различным заболеваниям, в том числе и нейродегенеративным.

ДНК представляет собой двучепочную спираль, которая в хромосоме намотана на «шпильки» из гистоновых белков. При подготовке к делению клетки ДНК полимеризуются – самоудваиваются – с помощью фермента полимеразы (Pol), для чего необходимо спираль «выпрямить», а цепи развести (т.к. синтез идёт только на одной из них). Выпрямление и разведение подразумевает изменение пространственной топологии ДНК, для чего имеется фермент топоизомеразы (Top). В 2013 г. в Университете Северной Каролины в Чепл-Хилле было показано (Nature), что химиотерапевтический препарат топотекан (Topotecan) блокирует синтез

длинных генов в нервных клетках (более 200 тыс. «букв» ген-кода, что в 4 раза больше средней длины гена). Блокирование ведёт к нарушению работы синапсов, или точек соединения нейронов друг с другом. Через полтора года пришло новое сообщение, на этот раз в «Трудах АН США» (PNAS), в котором указывается, что топотекан нарушает синтез гамма-аминомасляной кислоты (ГАМК), используемой для терапевтической комы, а также синаптических протеинов нейрексина и нейролигина (в название второго входит корень lig, означающий связку, соединение, сравните: лигамент – сухожилие, Лига наций, чемпионов). Недаром нарушения работы мозга – так называемый хемо-мозг – является побочным эффектом химиотерапии рака. Нарушение связей, особенно в эмоциональной лимбической (поясной) коре, расположенной на внутренней – медиальной поверхности полушарий, наблюдается при психических расстройствах и том же аутизме, название которого означает замкнутость в себе. Ядра нейронов поясной извилины богаты белком NeuN (Neuronal Nuclei), красный цвет которого сигнализирует о данном «нервном» маркёре (J.Neuroscience).

Аутизм научились чётко выявлять с помощью функционального MPT в Питтсбургском университете Карнеги (PLoS One). Учёные университета сканировали мозг 34 человека (17 аутистов и 17 здоровых добровольцев), которым предлагалось подумать о 16 видах социальных взаимодействий, например, представить себе, с чем связан глагол hug – обнимать (-ся). У здоровых при этом ярко «загорался» участок в заднем отделе лимбика, чего не было у аутистов. Сочетание данных MPT с самообучающейся программой позволило выявить расстройство в 97% случаев. Тем самым

врачи и детские психологи получили возможность точно и количественно – «оцифровано» – выявлять указанное расстройство, связанное, в частности, и с нарушениями речи и восприятия языка.

В том же PNAS в 2010 г. сотрудники Рочестерского университета в штате Нью-Йорк опубликовали MPT-данные исследования людей, общающихся с помощью языка жестов. Оказалось, что даже такой «примитивный» язык, тем не менее использующий порядок слов и различные окончания, задействует многие области мозговой коры, что было хорошо видно на представленных томограммах. В 2014 г. исследователи того же Университета Карнеги представили в PLoS One детальную картину языкового процессинга в коре обычных людей, которым читали книгу о Гарри Потере. Благодаря полученным картинкам учёные построили сложную модель чтения, определяющую области мозговой коры, отвечающие за «членение» предложений, определение смысла и значений слов, а также понимание отношений между героями повествования. Так, при чтении эпизода о первом уроке полётов на метле в мозгу испытуемых загоралась-активировалась та же зона, что и у людей, воспринимающих движение окружающих. Герои книги возбуждали в коре участки, которые активируются при нашей оценке добрых или не очень намерений других людей. Авторы пишут, что им удалось с 74%-ной достоверностью определять, какой из двух фрагментов книги их испытуемые читали в данный момент (новый подход к созданию реальных программ детекторов лжи?).

Игорь ЛАЛАЯНЦ, корр. «МГ», кандидат биологических наук.

По материалам Neuroscience.

Выводы

NICE даёт добро

Половине женщин лучше рожать дома?

Британский Национальный институт совершенствования здравоохранения (NICE) выпустил новые рекомендации. В них говорится, что для 45% женщин риск осложнений при родах в домашних условиях крайне низок. По оценке специалистов NICE, роды на дому или в специальных центрах под присмотром акушеров могут быть лучше для рожениц и зачастую более безопасны для новорождённых.

Меньше осложнений

Институт, выполняющий роль консультативного органа при Министерстве здравоохранения, отметил, что важно предоставлять женщинам выбор. Королевский колледж акушеров при этом подчеркнул, что следует расширять сеть родильных центров под руководством акушеров, чтобы у будущих матерей была возможность широкого выбора. В этих

рекомендациях уточняется, что в любом случае на каждую рожавшую женщину должна приходиться как минимум одна акушерка.

Среди первородящих число рожениц, которым не потребовалось медицинское вмешательство, было выше в случае родов на дому и в акушерских центрах, нежели в больницах. При угрозе осложнений врачи по-прежнему рекомендуют рожать только в больницах. Вместе с тем риск для новорождённых, в том числе и процент мертворождённых младенцев, также был выше при родах на дому.

Для повторных родов женщинам, рожавшим дома, реже требовалось вмешательство врачей. В этом случае процент младенцев, которым требовалась срочная медицинская помощь, был одинаковым, вне зависимости от места родов.

Причины, по которым женщинам, рожавшим в больницах,

чаще требовалось оперативное или инструментальное вмешательство, точно не выяснены.

Фактор риска

Однако новые рекомендации относятся только и исключительно к женщинам, не относящимся к группам риска.

Риск повышают следующие факторы: возраст старше 35 лет, ожирение, высокое артериальное давление или болезни сердца, анемия, пренатальные осложнения.

Королевский колледж акушеров в целом одобрил новые рекомендации, отметив при этом, что их внедрение потребует существенных изменений в работе Национальной службы здравоохранения.

Юрий БЛИЕВ, обозреватель «МГ».

По материалам British Medical Journal.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования

ИНСТИТУТ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ ФЕДЕРАЛЬНОГО МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКОГО АГЕНТСТВА

Руководителям, научным сотрудникам, работникам практического здравоохранения научно-исследовательских и лечебных учреждений Москвы и Московской области, заведующим кафедрами и руководителям курсов института.

ФГБОУ ДПО ИПК ФМБА России с 22 декабря 2014 г. объявил конкурс на замещение вакантных должностей профессорско-преподавательского состава на кафедрах и курсах института, в т.ч.:

- 1) Кафедра **инновационного медицинского менеджмента** ассистент – 1 должность на 1 ставку
- 2) Кафедра **неотложных состояний** доцент, к.м.н. – 1 должность на 0,5 ставки
- 3) Кафедра **нервных болезней и нейростоматологии** заведующий кафедрой, д.м.н., профессор – на 1 ставку доцент, к.м.н. – 1 должность на 0,5 ставки
- 4) Кафедра **ультразвуковой и пренатальной диагностики** заведующий кафедрой, д.м.н., профессор – на 1 ставку
- 5) Кафедра **хирургии, анестезиологии и эндоскопии** ассистент – 1 должность на 1 ставку

Приём документов от лиц, проживающих в Москве и Московской области, в течение месяца со дня публикации объявления в Интернете на сайте ФГБОУ ДПО ИПК ФМБА России: www.medprofedu.ru

Адрес: ул. Волоколамское шоссе, д. 91, Москва 125371 e-mail: hrm@medprofedu.ru

Справки по телефону: (495) 491-5638 (кадры), (495) 491-9020 (приёмная института)

Федеральное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Центральная медико-санитарная часть № 31 ФМБА России» на территории ЗАТО г. Новоуральск приглашает на работу ТРАВМАТОЛОГА-ОРТОПЕДА

на должность заведующего травматолого-ортопедическим отделением многопрофильной больницы.

Требования к кандидату: возраст до 50 лет, наличие высшей или первой квалификационной категории по специальности «травматология-ортопедия», опыт руководящей работы не менее 5 лет, владение современными методиками остеосинтеза, техникой артроскопических операций и эндопротезирования крупных суставов.

Предоставляются: индивидуальный социальный пакет (в том числе надбавки стимулирующего характера и контрактные; устройство детей в дошкольные учреждения), служебное жильё.

Заработная плата от 40 тыс. руб.

Контактные тел.: (34370) 92-575, 92-633.

Адрес: ул. Садовая, 2а, Новоуральск, Свердловская обл. 624130, администрация ФГБУЗ ЦМСЧ № 31 ФМБА России.

Кстати

Che-e-e-s!

Фотоконкурс среди учёных, исследующих болезнь Паркинсона, провёл Паркинсоновский фонд Британии.

Первым призом на конкурсе, названном «Образы Паркинсона», удостоен доктор Роуан Орм из Кильского университета, что на севере Англии. Это снимок нервного ствола.

Второй приз достался Николе Драммонд из Эдинбургского университета за фото, которое

изображает форматирование белковых бляшек в мозгу. «Этот блистательный снимок можно было выставить в художественном музее. Но на самом деле это результат неустанного труда исследователей, стремящихся узнать, что происходит не так в сотнях миллионов нервных клеток и становится причиной болезни Паркинсона», – отозвался директор фонда доктор Артур Роуч.

Игорь НИВКИН.

Однако

Ожирение = инвалидность?

Европейский суд постановил, что ожирение может считаться инвалидностью. При этом, что характерно, страдающие избыточной массой тела люди не будут отнесены к отдельной категории, защищённой законом от дискриминации.

По мнению юристов, такое решение избавляет работодателей от лишних хлопот. Ведь в противном случае работодателям пришлось бы создавать для тучных сотрудников такие условия, которые не затрудняли бы исполнение профессиональных обязанностей.

Тем не менее даже приравни-

вание ожирения к инвалидности может создать для работодателей ряд проблем. На территории Европейского союза уже отмечают рост числа исков от тучных сотрудников, которые сочли свои условия работы не соответствующими новому закону.

Тем не менее данное решение суда в полной мере не означает, что компания полностью лишается права уволить сотрудника, лишний вес которого мешает делать свою работу эффективно. Как постановление отразится на трудовом законодательстве, станет ясно в ближайшие месяцы.

Яков ЯНОВСКИЙ.

По сообщению Reuters.

**Американские СМИ изобили-
ют предсказаниями экспертов
о том, чем ещё могут одарить
людей медицина и смежные с
нею науки. Причём не только в
ближайшее время или через
5-10 лет, но и заглядывая мно-
го дальше – на полвека и даже
столетие вперёд. Одни из них
напрягаются сами собой,
другие кажутся взятыми из
фантастики. Но сегодняшний
уровень здравоохранения 100
лет назад тоже казался бы
чистой фантазией. Поэтому,
думается, нелишне со всей
серьёзностью отнестись и к
нынешним самым дерзким
прогнозам. Представляется
логичным сгруппировать их
по временным промежуткам, в
течение которых, как ожидают,
они станут реальностью.**

2015-2024 гг.

1. Нанотехнологии прочно вой-
дут в арсенал онкологов, оттеснив
собой радио- и химиотерапию
вместе с хирургическим скаль-
пелем. Разрабатываемые сейчас
полным ходом наноинструменты
смогут выполнять те же функции
гораздо эффективнее. Доставляя
рассчитанные до молекулы дозы
противораковых средств непо-
средственно к злокачественным
клеткам, они в разы уменьшат
сопутствующие лечению боли и
исключат попутное умерщвление
здоровых соседних клеток и
другие побочные осложнения.
Нынешние же методы удаления
раковых образований будут
выглядеть столь же дико, как не-
когда широко применявшееся
кровопускание.

2. Получать информацию о
геноме индивидуума станет воз-
можным ещё до его появления на
свет. Уже два научных коллектива
близки к составлению полной
генетической картины зародыша
на основе анализа проб на ДНК,
взятых у его родителей. Один –
во главе с Джей Шендур из Уни-
верситета Вашингтона – делает
это, используя сыворотку крови
матери и слюну отца. Анализ
взятой затем крови из пуповины
новорождённых подтвердил точ-
ность вычисления генома на 98%.
Аналогичная технология, опробо-
ванная в Стэнфорде, предполагает
только образец материнской
крови, хотя даёт меньше наслед-
ственной информации.

При достаточном снижении
стоимости процедуры врачи
смогут проводить пренатальное
прогнозирование генома без
хирургического вмешательства,
полагает Шендур. Через 5-10 лет,
уверена она, такие тесты станут
стандартными с целью раннего
выявления генетически обуслов-
ленных заболеваний, например,
фиброзного цистита или болезни
Тэй-Сакса.

3. Новые лекарственные формы
будут апробироваться с помощью
специальных микрочипов, ими-
тирующих органическую среду.
В ряде учреждений США идут
испытания силиконовых чипов,
которые вмещают клетки почек
и лёгких, соединённых каналами.
По ним циркулирует жидкость,
симулирующая ток насыщенной
кислородом крови, позволяя
доставлять и изучать реакцию
клеток на лекарства. Тем самым
снижается потребность в про-
ведении испытаний на животных
и ускоряется процесс создания
препаратов, что особенно важно

предотвращения рецидива ме-
тастазов после хирургии, радио-
и химиотерапии, пока эти методы
лечения не отойдут в историю.

6. В повестке дня стоит вне-
дрение в практику сверхчувстви-
тельной нейросенсорной техники
для возвращения мобильности
людям, пережившим паралич. Уже
состоялось несколько обещающих
дебатов. В Калифорнии пациентка
доктора Джона Донохью обрела
способность двигать рукой с помо-
щью вживлённого в мозг имплан-
тата в комбинации с исполняющим
мысленные команды электрон-
но-механическим устройством.

использовании светоиспускаю-
щих диодов, питаемых от внешних
источников беспроводным спосо-
бом. Изучается и вариант их по-
стоянной подзарядки за счёт теле-
сного тепла пользователя. Больше
того, полагают, что применение
гибких полимеров и вживлённых в
устройства мини-антенн способно
обеспечить даже фокусировку
зрения и ночное видение.

2. Для прохождения медицин-
ских осмотров не надо будет
являться на приём к врачам. Не-
которые осмотры и заключения по
ним уже сейчас представляется
возможным делать на удалении,

явно подключённым к услугам
здравоохранения. При желании
основные состояния нашего
организма – пульс, дыхание,
артериальное давление, тем-
пература – станут в режиме
нон-стоп замерять на удалении
с помощью микроскопических
сенсоров. Вживлённые в же-
лудок датчики будут считать
потреблённые калории с целью
контроля за весом. Имплантаты,
составляющие единое целое с
позвоночником, будут противо-
действовать параличу, а будучи
помещены в головном мозгу,
помогут лучше запоминать и
обрабатывать информацию.

2. Завершится расшифровка
квадриллиона теоретически
возможных соединений между
сотней миллиардов нейронов.
Это позволит ответить на мно-
жество вопросов, касающих-
ся развития, приумножения
и максимального сохранения
умственных способностей че-
ловека. Такая работа ведётся с
2012 г., когда группа амери-
канских специалистов занялась
составлением карты нейронной
активности мозга. В рамках
начальной стадии проекта сто-
имостью 30 млн долл. ставится
задача выявить связи между
примерно 500 участками, от-
вечающими за основные когни-
тивные функции.

– Пока у нас лишь фрагмен-
тарные представления о них, –
признаёт один из руководителей
проекта Дэвид ван Эссен. – Что-
бы осознать грандиозность за-
дачи, предположим, что каждому
из квадриллиона таких контактов
соответствует копейка монета.
Если положить их одна на дру-
гую, получится столб высотой в
963 млн миль. Применительно
к Солнечной системе это равно
половине расстояния от Земли
до Урана. А мы ещё не добрались
до Луны.

3. Наконец, предсказывается,
что кто-то уже из живущих сейчас
на Земле благополучно достиг-
нет 150-летнего возраста.

– Учитывая последние успехи
здравоохранения, темпы разви-
тия медицинской науки и про-
мышленности, стремительный
прогресс в генетике и биологии,
то, что это случится – лишь во-
прос времени, – уверен Д.Эрвин-
Дункан, обосновывающий свой
тезис в недавно вышедшем
бестселлере.

Каковы ваши шансы увидеть
эти предсказания или их часть
сбывшимися? По последним
данным, сегодня в мире насчи-
тывается более 300 тыс. чело-
век, переваливших за 100-лет-
ний рубеж, причём один из них
достиг 122 лет.

Том ЗАЙЦЕВ,
журналист.

Нью-Йорк.

Почему бы и нет?

Воспоминания о будущем

В США прогнозируют достижения медицины до 2115 г.

в случае возникновения новых
эпидемий.

4. В борьбе с самими возбуди-
телями эпидемий генетические
методы тоже найдут примене-
ние. Два года назад группа из
Национального института по
расшифровке генома человека
объединила усилия с врачами из
Мэриленда, чтобы предупредить
вспышку одной из смертельно
опасных вирусных инфекций.
Своевременная расшифровка
генетического кода вируса по-
зволила опознать мутации в
микробах-носителях, определить
способы их распространения и
без промедления пресечь его.

5. Использование специаль-
ных вакцин поможет лечить от
наркомании. Иммунная систе-
ма человека самой природой
предназначена обнаруживать
и нейтрализовать враждебные
субстанции. Идея предлагаемых
вакцин состоит в том, чтобы вы-
водить из строя молекулы нар-
котиков до того, как они успеют
проникнуть в мозг и породить
наркотическую зависимость.
Концепция доказала свою эф-
фективность в опытах на млеко-
питающих и сейчас проверяется
применительно к людям.

Ожидается, что основанные на
аналогичном принципе вакцины
поставят дополнительный заслон
и раковым опухолям. Прототипы
соответствующих сывороток
созданы в Мичиганском уни-
верситете. В случае успеха их
будут назначать пациентам для

А работающий там же нейрохирург
Редж Эджертон добился, чтобы па-
рализированный ниже пояса пациент
встал на ноги и начал шагать после
воздействия точно рассчитанных
электроимпульсов на нервные во-
лока в спинном мозгу.

7. В медицинский обиход долж-
ны войти инъекции в кровеносную
систему микроскопических кис-
лородных пузырьков, которые бу-
дут спасать от приступов удушья.
Медикам из детского госпиталя в
Бостоне удалось заключить дозы
кислорода в оболочку из липидов
и молекул жира, составляющих
клеточные мембраны. При их
введении подопытным животным
оболочка растворялась, а кровь в
считанные секунды насыщалась
кислородом. Инъекции позволяли
поддерживать жизнедеятель-
ность организма до 15 минут при
полном отсутствии естественного
дыхания. Очевидно, что техноло-
гия может стать незаменимой не
только при астме и повреждениях
органов дыхания, но и при ин-
сультах, травмах мозга, сердеч-
ных приступах и инфарктах.

2025-2065 гг.

1. Принципиально новые опти-
ческие устройства сделают воз-
можным для каждого поистине
орлиное зрение. При всё большей
миниатюризации и дешевизне
они будут столь же обычными,
как нынешние контактные линзы.
Конструкции разрабатываемых
ранних прототипов основаны на

пользуясь смартфонами и мо-
бильной видеосвязью, так что
базовая технология не составляет
проблемы. Специалисты работают
над созданием прикладных про-
грамм, которые смогут на рассто-
янии обрабатывать данные о со-
стоянии сердечной деятельности
и органов дыхания, анализировать
пробы крови и даже оценивать ка-
шель пациента. Вопрос в том, как
скоро изобретут соответствующие
им периферийные аппараты инди-
видуального пользования, а про-
мышленность освоит их выпуск.

3. Специальные роботы станут
всё в большей степени выпол-
нять роль медицинских сестёр.
К 2045 г., когда число людей
старше 60 лет впервые в миро-
вой истории превысит число
тех, кому меньше 15, в боль-
ницах перейдут к массовому
использованию роботов, решая
хроническую проблему нехватки
вспомогательного медперсонала.
Они будут, к примеру, убирать
в помещениях, переворачивать
пациентов в постели, помогать
им одеваться, развозить им ме-
дикаменты и еду. Инженеры из
Университета Пердью в Индиане
предвидят и появление механиче-
ских медсестёр, ассистирующих
при хирургических операциях и
реагирующих на жесты и устные
команды хирурга.

2065-2115 гг.

1. Можно говорить о возмож-
ности быть полностью и посто-

Однако



Сперма для всех

**В клинике города Бирмин-
гем (Великобритания) начал
свою работу центр, услугами
которого смогут воспользо-
ваться одинокие женщины,
пациенты, которые остались
бесплодными в результате
лечения онкологического
заболевания, и даже пред-
ставители сексуальных мень-
шинств.**

Как сообщается, только что
открывшееся медучреждение
будет принимать пациентов как
по страховке, так и в частном
порядке. Пациенты смогут вы-
брать донора спермы через он-
лайн-каталог, в котором указаны

рост, цвет волос, этническая
принадлежность, род деятель-
ности и хобби потенциального
донора. Стоимость одного об-
разца составит приблизительно
350 фунтов стерлингов.

Новый «банк спермы», стоит
заметить, получил от государ-
ства финансирование в районе
75 тыс. фунтов стерлингов.
Данная мера вызвана острым
дефицитом доноров в стране.

Сейчас некоторым женщи-
нам, желающим забеременеть,
прибегнув к использованию
донорской спермы, приходится
ждать около 2 лет. Многие даже
обращаются к иностранным до-
норам, подвергая себя, таким

образом, риску заразиться ВИЧ
или другими инфекционными
заболеваниями.

Британские клиники, занима-
ющиеся вопросами репродук-
ции, в основном используют
сперму иностранцев. Если в
2005 г. насчитывалось менее
50 доноров-иностранцев, то в
2013 г. их количество выросло
почти до 200 человек. В то же
время в 2013 г. доноров-британ-
цев стало меньше.

Марк ВИНТЕР.

МИА Сито!

**По сообщению
MailOnline.**

В Омске увековечены имена выдающихся сибирских хирургов – Николая Макохи и Азария Кабанова. И не на мемориальных досках в их память, какие уже есть, а в названиях новых улиц города. Такое решение принято на заседании Омского городского совета.

– Мы почему-то забываем порой о тех, кто дошёл до Победы и уже в мирной жизни достиг вершин, не подлежащих забвению, – поделился с корреспондентом «Медицинской газеты» наболевшим заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, профессор кафедры общей хирургии Омской государственной медицинской академии, первый заместитель председателя Омского городского совета Василий Мамонтов. – И среди таких людей, оставивших по себе славную и добрую память, немало и фронтовиков-медиков. Их имена чтимы в медицинских кругах, но, увы, почти неизвестны в обществе. А должны быть на слуху у всех. Вот почему мои коллеги-депутаты единодушно одобрили ходатайство Омской региональной ассоциации врачей о том, чтобы назвать две новые улицы на Левобережье Омска именами выдающихся хирургов Азария Николаевича Кабанова и Николая Сафроновича Макохи. А в ассоциацию с таким предложением обратились бывшие их ученики – теперь министр здравоохранения Омской области Андрей Стороженко, ректор медакадемии Александр Новиков, с радостью присоединился к ним, не скрою, и я. Нас поддержали в администрации Кировского округа, на территории которого в новых высотных микрорайонах неподалёку от корпусов городской клинической больницы № 1, больницы скорой медицинской помощи № 1 и роддома № 6 оставались безымянными несколько улиц. Здесь знали, какой вклад внесли эти люди в развитие не только омского, но и отечественного здравоохранения, насколько серьёзными

Имена и судьбы

Забвению не подлежат...

Эти хирурги – пример верного служения медицине



От главного корпуса омской клиники имени Азария Кабанова рукой подать и до новой улицы, тоже названной в честь хирурга

были их достижения и заслуги в лечебном деле и что их авторитет в медицинской среде и сегодня прерываем. К тому же жители Левобережья давно уже называют ГКБ-1 «больницей Кабанова» – она именная, названа в честь Азария Николаевича ещё 10 лет назад. А он, между прочим, совсем мальчишкой, не успев окончить десятилетку, ушёл добровольцем на фронт в 1941 г. ...

Воевать, правда, рядовому

Азарию Кабанову, уроженцу Рыбинска Ярославской области, довелось недолго. В окопах он заразился сыпным тифом, затем осложнение на лёгкие... На фронте ему вернуться уже не пришлось. Оправившись от болезней, Кабанов окончил среднюю школу, поступил в Ярославский медицинский институт. Потом была работа за операционным столом, сотни операций...

Послужной список Азария Нико-

лаевича впечатляет: врач-хирург, начальник хирургического отделения, начальник областной больницы МВД Кировской области. В 1958 г. Кабанов стал сотрудником Новосибирского НИИ патологии кровообращения и Новосибирского НИИ туберкулёза. Защитил кандидатскую диссертацию. Докторскую он защищает уже в должности заведующего кафедрой общей хирургии Омского медицинского института. Ну а затем получает звание профессора.

Научные и практические интересы доктора Кабанова были обширными и новаторскими: общая и неотложная хирургия, клиническая физиология, анестезиология, реаниматология, торакальная хирургия. Это Кабанов впервые в стране внедрил комплексные эзофагологические исследования с применением мышечных релаксантов. Это он одним из первых применил бескровную лазерную хирургию на мягких тканях, ультразвуковые и другие самые современные методы лечения, в том числе первые отечественные лазерные аппараты «Скальпель-1» и «Ромашка» при операциях на лёгких и плевре. На его счёт более 400 научных работ, 5 монографий, 15 изобретений.

Николай Макоха тоже не из коренных сибиряков – родом из Оренбуржья. Он участвовал в военном конфликте с Японией на Халкин-Голе – хирургом в сортировочном отделении полевого

эвакогоспиталя. За 4 года Великой Отечественной войны он спас от смерти многие сотни раненых бойцов и командиров, за что был награждён орденом Красной Звезды.

С 1945 по 1948 г. хирург Макоха – старший ординатор Прикарпатского окружного военного госпиталя. К слову, опыт эвакуации раненых натолкнул его на мысль о создании особой шины для бедра. После войны он получил авторское свидетельство на своё изобретение, а по результатам лечения защитил кандидатскую диссертацию. Демобилизовался из армии Николай Сафронович в звании майора медицинской службы, на гражданке продолжил служение медицине ассистентом, а затем исполняющим обязанности доцента кафедры общей хирургии Черновицкого медицинского института, занимаясь разработкой методов лечения огнестрельных остеомиелитов, патологий печени, жёлчного пузыря и зубной болезни.

В Омске Николай Сафронович увлёкся разработкой вопросов клиники, диагностики и хирургического лечения панкреатодуоденального рака, защитив затем по этой теме докторскую диссертацию. По его инициативе в 1965 г. впервые в Омском мединституте введён курс преподавания онкологии на базе типового городского онкологического диспансера и организовано научное медицинское общество онкологов. Отличник здравоохранения Н.С.Макоха 20 лет работал главным хирургом горздраотдела, немало сделав для улучшения хирургической помощи населению Омска.

...Как и Азарий Кабанов, Николай Макоха похоронен на Старо-Северном мемориальном кладбище Омска. Оба на 10-й аллее. И теперь, когда их именами названы улицы города, выдающиеся медики вновь рядом.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

Философские беседы

Если всё большее и большее количество людей достигает возраста 100 лет, то возникает закономерный вопрос: сколько вообще мы теоретически способны прожить?

Макробиотика – мать геронтологии

Книга «Макробиотика, или Искусство продления человеческой жизни» принадлежит перу доктора Вильгельма Гуфеланда, одного из родоначальников геронтологии. Известный в XVIII веке терапевт, бывший семейным доктором многих знаменитых людей, от Шиллера до Кутузова, закончил свой труд в 1797 г., после 8 лет изучения предмета. Среди указанных им многочисленных факторов, связанных с долголетием, – умеренная диета с большим количеством овощей и малым количеством мяса и сладких мучных изделий, активный образ жизни, забота о здоровье зубов, еженедельное купание в тёплой воде с мылом, хороший сон, чистый воздух и хорошая наследственность.

Ближе к концу книги доктор высказывает страстную надежду на то, что «продолжительность человеческой жизни может быть увеличена вдвое против того, что сейчас считается естественным пределом, причём без потери полноценной активности».

По мнению Гуфеланда, при наличии идеальных условий человек мог бы жить до 200 лет. Лежит ли в основе этих утверждений что-то ещё, кроме богатого воображения медика XVIII века?

Модель, по которой увеличиваются продолжительность жизни,

Сколько же нам жить? Этот вопрос сегодня на устах у многих исследователей

за последние 100 лет сильно изменилась. До 1950 г. большинство успехов в этой области было связано с результатами борьбы с высоким уровнем смертности среди новорождённых. Однако в последующие годы наибольшее снижение смертности было отмечено у людей старше 60 лет, а в самое недавнее время – и у тех, кому за 80.

К тайнам возраста

Количество долгожителей в мире – людей, кому перевалило за 100 лет, как ожидается, между 2010 и 2050 гг. увеличится в 10 раз. По Гуфеланду, серьёзное влияние на это оказывает возраст, до которого дожили наши родители. Иными словами, у нашего долголетия силён генетический аспект. Однако увеличение количества долгожителей нельзя объяснить одной генетикой, которая, очевидно, не сильно изменилась за последние пару столетий.

Причина, скорее, кроется в значительном улучшении нашей жизни, что не противоречит исследованиям доктора Гуфеланда: лучшее медицинское обслуживание, более современные методы лечения, более чистая вода, лучшее образование и более совершенные стандарты жизни, например, тёплые и сухие жилища. «В общем,

всё сводится к лучшей медицине и большему количеству денег», – резюмирует доктор.

Тем не менее то, что даёт нам современная система здравоохранения и, казалось бы, улучшающиеся условия жизни, не удовлетворяет многих людей. Желание продлить жизнь не ослабевает.

Одним из популярных подходов является ограничение потребляемых калорий. В 30-е годы XX века учёные заметили, что мыши, получающие пищу, едва достаточную для того, чтобы не голодать, живут гораздо дольше тех, кто имел возможность есть вволю. Последующие опыты на макаках-резус подтвердили этот факт, что, однако, противоречило результатам продлившегося 20 лет исследования Американского национального института старения: обезьяны, сидевшие на низкокалорийной диете, хоть и болели несколько реже, чем контрольная группа, в среднем жили не дольше.

Авторы исследования отмечали, что хотя ограничение калорий внесло определённый вклад в продолжительность жизни животных, картина в целом зависела от сложного сочетания наследственности, питания и влияния окружающей среды.

Большие надежды адепты долгожительства возлагают на ресвератрол, природный фитоалексин,

который выделяется некоторыми растениями (например, виноградом) для защиты от паразитов. Впрочем, прячется ли источник вечной юности в виноградинах – по-прежнему большой вопрос. Как было замечено, ресвератрол оказывает на подопытных животных такое же благоприятное действие, как и ограничение рациона, но пока не было исследований, доказавших, что приём этой биодобавки способен увеличить продолжительность жизни человека.

Пределов нет?

Однако почему мы вообще стареем? Каждый день нам наносится вред, который мы не можем полностью компенсировать. Накопление такого рода повреждений в нашем организме и является причиной возрастных заболеваний.

Не все живые организмы таковы. Например, гидры – группа примитивных, похожих на медуз существ, обитающих в пресноводных водоёмах, обладают высокой способностью к регенерации после практически любых наносимых им повреждений. От клеток, слишком повреждённых, чтобы их восстановить, организм гидры просто отказывается, «слушивает» их. У человека же такие повреждённые клетки могут стать причиной развития раковых опухолей.

Гидры направляют свои ресурсы

прежде всего на восстановление, а не на размножение, как люди. У человека другая стратегия выживания на уровне вида. Люди могут умирать рано, но наша поразительная плодовитость позволяет нам преодолевать высокий уровень смертности. Теперь же, когда смертность среди новорождённых низка, нет необходимости направлять столько ресурсов на размножение, считает директор лаборатории в Институте демографических исследований общества Макса Планка (Германия) Джеймс Вепель. «Фокус заключается в том, чтобы повышать способность к регенерации – вместо того, чтобы тратить энергию на набор веса. В теории это должно быть возможно, хотя никто не имеет ни малейшего представления, как этого добиться».

Если бы наша жизнь была действительно долгой-долгой, согласились бы мы платить соответствующую цену? Если удастся затормозить постоянное повреждение наших клеток и достичь так называемого пренебрежимого, незначительного старения, тогда, возможно, у нашего возраста не будет верхнего предела. Если это произойдёт, может, исчезнет и причина для того, чтобы мы вообще умирали?

Юрий БЛИЕВ,
обозреватель «МГ».

А ещё был случай

Счастливая Втулка

Этот сюжет у меня возник после того, как всё больше убеждаешься в беспринципности людей, изменах и предательствах, без чего не обходится сегодня ни один сериал на каналах телевидения...

Недолго думая, слесари назвали её Втулкой. В котельной, где была их копёрка, она появилась неожиданно, когда работники собрались отобедать свои «тормозки». Рабочий люд всегда смягчает, когда обедает, и может подбросить чего этой невесте откуда взявшейся дворняжке. Так или иначе мужики признали её, стали подкармливать, за что рыжая короткошёрстная собачонка платила нежностью, заглядывая ласково в глаза, и верностью, не пуская в копёрку чужих. Особенно рьяно набрасывалась с лаем на женщин. Видно, не очень желаемую свою волю Втулка получила от своей хозяйки, которая проживала где-то рядом.

Больше чем к другим она вначале привязалась к мастеру Ивану – невысокому, медлительному, с добрым сердцем. Сядет он за стол с бумагами – она тут как тут. Хвостом виляет, подпрыгивает, будто хочет спросить: «Как дела?..»

А однажды от нечего делать увязалась она за Василием – высоким, полным, добродушным человеком, и как-то вдруг оказалась у него в гостях, жил-то он рядом. Тут и произошла её первая встреча с четвероногим хозяином квартиры Джеком – тоже не очень породистым, но гордым псом. По своему старшинству и «мужскому достоинству» он не стал учинять скандала. Видно, подумал: «Пусть себе забавляется, уйдёт ведь туда, откуда пришла с хозяином». Бедный Джек и не думал, чем



грозит ему это случайное знакомство.

А Втулке, невоспитанной особе, очень даже понравилось в гостях. И голодной не осталась, и квартира приглянулась, есть где погулять. К тому же обитающий здесь с серыми подпалинами пёс вроде и не злится. И Втулка, забыв мастера Ивана, буквально не отходила от Василия. А уж когда вечером он двинулся к дому, что началось! Забежит по тропке вперёд, стойку сделает, повернется перед ним и так, и этак – дескать, разве я не моложе и красивее той, в серых подпалинах, псины? «А уж как любить буду, – говорили её карие глаза, – ввек не пожалеешь, что встретил меня!»

Василий, конечно, всё понял, усмехнулся по-доброму: «Так и

быть. Вот только как бабы дома посмотрят? Две собаки – нынче дело хлопотное».

И Втулка слышала, как долго и громко выговаривала хозяйину старшая женщина. Забившись в угол и дрожа от волнения, она молилась по-собачьи за Василия и, видя его упорство, чуть не плакала от благодарности к своему благодетелю. И наконец, измучившись от переживаний, заснула.

А Джек, не дождавшись праведного суда над рыжей самозванкой, так и не мог сомкнуть глаз. И никому не узнать, что передумал он, что перечувствовал в те долгие чёрные часы. Но утром, когда хозяйка выносила ведро с мусором, он тихо вышел из квартиры и пропал на-

всегда, даже не попрощавшись с Василием. Видно, выиграла благородная кровь предков, не спускавших предательства никому, даже любимому хозяину.

Погрустил Василий, погрустил, да что делать. Жить-то надо. А Втулка, будто всё на свете понимая, платит ему сейчас такой любовью и верностью, такой готовностью пожертвовать собой ради его спокойствия, что не понятно, как выдерживает её сердечко! И если есть собачье счастье, то вы увидите его в этих кариых преданных глазах...

Выводы делайте сами.

Вадим КУЛИНЧЕНКО,
капитан медицинской службы
1-го ранга в отставке.

г. Купавна, Московская область.

Умные мысли

Виктор КОНЯХИН

Вокруг театра и жизни

- Закон дырявого кармана: первыми теряются миллионы, а потом – копейки.
- Когда рушится жизнь, видно всё, что раньше пряталось.
- Себя потеряешь – больше не найдёшь.
- Деньги – беззвучные убийцы.
- «Кулинарная книга» – лучший съедобный подарок.
- Смех – здоровье. Всем – хотать!
- Санкции работают только за валюту.
- Книгу надо писать так, как читаешь.
- Чем больше пустоты, тем громче слова.
- Дорожный знак: «Осторожно, начинается паника!»
- Каждая пропасть начинается с последнего шага.
- Если театр – искусство, тогда и жизнь – бардак.
- Когда не видно бедности, кто рассмотрит богатство.
- Людоед жаловался: «Не бывает гостей без костей».
- Бомжующая мысль имеет право на любую голову.
- Первым делом вырубке подвергается «генеалогическое древо».
- Юмор часто бывает чёрным. Сатира всегда – красная.
- Дорога к театру усеяна «флаерами».
- Девиз Солнца: «Чтобы завтра взойти, сегодня надо зайти».
- Закуска – крестьянам, алкоголь – рабочим, тосты – интеллигентам.
- Изгнанные бесы создают себе новую религиозную обитель.
- Организм уже за обеденным столом начинает требовать дивана.
- Не более во время эпидемий – не поддавайся психозу толпы.
- Блоху требуется постоянно проверять на вшивость.

Черточка						Знамя	Древне-греч. философ	СКАНВОРД										Белый медведь		Мать-нереид		Шахматы			
Личинки пчел		Старин. португ. танец		Овощ				Атра-курция безилат									Потрясение		Ишак	Полу-обезьяна		Цефтриаксон			
Узкая часть туловища						В общей сумме	Кутепова	Егип. бог солнца		Звание, чин		Лодка у чукчей		Брат Иакова		Сочи					Река, Баренцево море				
Валсартан		Гамзатов		Высокое артер. давление										Листв. дерево					Баранка						
				"Набоб"	Круж			Солнечно		Плод. дерево		Знак от молотка (стар.)				Опера Генделя	Опухоль								
	"Вишн. сад", перс.		2-стор. барабан				Оркестровая			Мценск. река		Рыжий хищник		Ампер		Рыболовное орудие			Амер. архитектор						
				Алебастр				буки, вед		Кулик						О Б Л И К Я			Б Л Ю З Б П						
																С Е Р Е Г У Л			С Т Е Ф А Н						
																О Т Т О Г О			Й Р М Е Ч В Е С К И						
																В О Г Л А Д И О Л У С			Д О Е Д И Н О Т У З						
																Р Е Н Е			А Р А Р Т И Б А Т А Л Д Ж О Д И						
																И Г И А С Л У Д А Н Н И			А И Н Ь Н А Л						
																А В Л О С С Ё Л А А Г У Т И									
																Д З И З И К У Н А У П А К									
																А Н К Р О С С Т Р А Н С									
Автор Валерий Шаршуков					Войт	Сельдь						"Ледяная дева", перс.													

Ответы на сканворд, опубликованный в № 96 от 24.12.2014.

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, А.ХИСАМОВ (первый зам. отв. сек.), К.ЩЕГЛОВ (первый зам. главного редактора).
Директор-издатель В.МАНЯКО.
Дежурный член редакционной – А.ПАПЫРИН.

Справки по тел. 8-495-608-86-95. Рекламная служба – 8-495-608-85-44.
Адрес редакции, издателя: пр. Мира, 69, стр. 1, 5-й этаж, 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/счет 40702810738090106416, к/с 30101810400000000225, БИК 044525225
ОАО «Сбербанк России» г. Москва

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

Заказ № 14-12-00397
Тираж 31 185 экз.
Распространяется по подписке в России и других странах СНГ.

Корреспондентская сеть «МГ»: 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; 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.