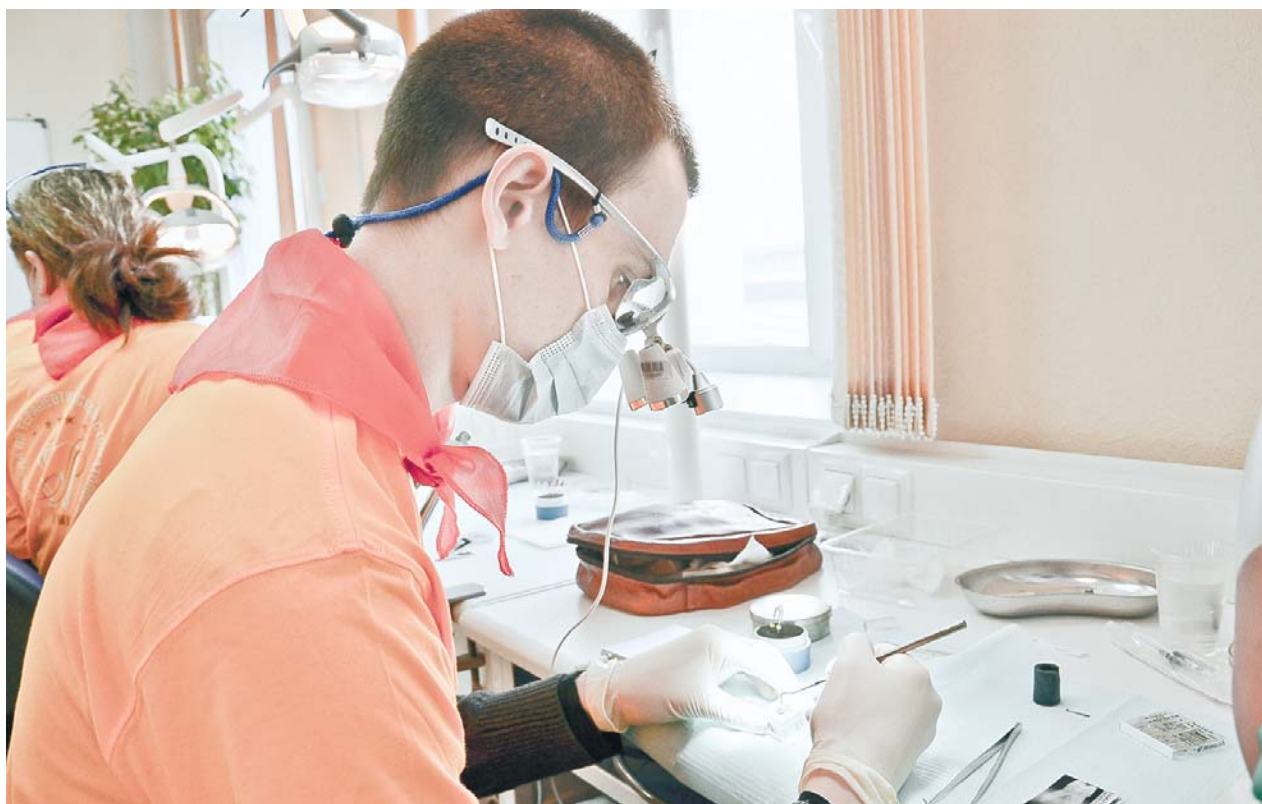


Конкурсы

Улыбку украшают здоровые зубы

Такой девиз внедряют в жизнь будущие стоматологи



Три дня 30 лучших студентов медицинских вузов Сибирского федерального округа сражались за звание лучших в эндодонтии, эстетической реставрации и научной деятельности на VI Международной студенческой олимпиаде по терапевтической стоматологии «Эстетическая реставрация зубов. Эндодонтическое мастерство», состоявшейся на базе Алтайского государственного медицинского университета.

По результатам соревнований 12 молодых специалистов заняли призовые места. Два из них достались представителям АГМУ.

— Наша команда тренировалась на удалённых зубах, совершенствовалась в работе с микроскопом. Я очень

Олимпиада в самом разгаре

рад этой победе, — говорит студент 5-го курса АГМУ Дмитрий Вивиан, победивший в номинации «Эндодонтическое мастерство». — С 3-го курса я принимаю участие в отборочных турах, но удача улыбнулась только на 5-м. Участие в олимпиаде по терапевтической стоматологии — это неоценимый опыт. Я никогда не думал, что смогу работать так качественно в столь сжатые сроки.

— Олимпиада для меня это не только возможность показать свои знания и умения, но и поработать на оборудовании, которое, к сожалению, имеется далеко не во всех медицинских университетах, — отметил студент Карагандинского государственного университета Аскар Сердалин (Ре-

спублика Казахстан), занявший 3-е место в номинации «Эстетическая реставрация». — Мне очень понравилась многопрофильная терапевтическая клиника медицинского университета, её оснащение.

Победители в практических номинациях получили в качестве призов стоматологические материалы и оборудование, а также возможность бесплатно посетить семинар ведущего лектора в области реставрационных технологий в стоматологии из Швейцарии.

Алёна ЖУКОВА,
спец. корр. «МГ».

Барнаул.

Михаил КУЗЬМЕНКО,
председатель Профсоюза работников
здравоохранения РФ:

Новая спецоценка будет играть решающую роль в реализации прав медицинских работников.

Стр. 5



Борис ЦЫГАНКОВ,
главный специалист психиатр
Центрального федерального округа,
профессор:

Будучи председателем комиссии по присвоению категорий, скажу, что мы порой идём не только на снижение категории доктора, но даже на снятие таковой.

Стр. 10



Наталья МАНТУРОВА,
главный пластический хирург
Минздрава России и Департамента
здравоохранения Москвы:

Не имея общехирургического опыта, высококвалифицированным пластическим хирургом не стать.

Стр. 12



Тенденции

В Приамурье врачи шире открывают двери

Более 100 человек прошли обследование в центре здоровья, который в рамках мероприятий, приуроченных к Всемирному дню здоровья, работал на базе общежития Благовещенского государственного педагогического университета. Проверить основные параметры своего здоровья решили в основном люди молодого, трудоспособного возраста. И каждый из них получил необходимые рекомендации по коррекции образа жизни для того, чтобы как можно дольше оставаться здоровым. Это тем более актуально, что Всемирный день здоровья в этом году отмечается в рамках направлений, определённых ВОЗ, — безопасности пищевых продуктов и борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Мероприятия, посвящённые этому важному дню, начали проводиться в Приамурье ещё с середины марта. Это выступления врачей на телевидении, на радио, в газетах, в электронных СМИ, проведение «ярмарок здоровья» в школах.

В поликлиниках областного центра, медицинских организациях городов и районов Амурской области прошли дни открытых дверей, всем желающим измеряли артериальное давление, организовывали дополнительные консультации врачей, проводили лекции в учреждениях и на предприятиях, раздавали населению памятки, брошюры, содержащие полезную информацию о здоровом образе жизни, здоровом питании, рисках сердечно-сосудистых заболеваний.

В городской клинической больнице Благовещенска в этот день всех желающих пригласили в актовый зал для встречи с врачами разных специальностей, которые прочли лекции по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, ответили на

вопросы собравшихся. Во всех холлах и рекреациях больницы, оснащённых видеоаппаратурой, демонстрировались фильмы на данную тему, в уголках здоровья были оформлены информационные стенды.

Врачи детской городской клинической больницы областного центра в преддверии праздника здоровья в течение 2 недель провели целый комплекс мероприятий, посвящённых здоровому питанию, профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, уроки здоровья для школьников и учащихся средних и высших учебных заведений, «круглые столы» для детей и родителей.

Также на экране торгового центра в областном центре шёл прокат роликов социальной рекламы о факторах риска сердечно-сосудистых заболеваний, которые подготовил Амурской областной центр медицинской профилактики.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Благовещенск.

События

Ветеранам войн — активное долголетие

Конференция «Основы долголетия ветеранов Великой Отечественной войны и участников боевых действий» состоялась в Самаре — признанном центре госпитальной научно-практической медицины — на базе Самарского областного клинического госпиталя ветеранов войн. Комитет по делам воинов-интернационалистов Совета глав правительств СНГ, Минздрав Самарской области и Первый НИИ реабилитации ветеранов войн Самарского медицинского института «РЕАВИЗ» вместе с Российской ассоциацией геронтологов и гериатров и Ассоциацией госпиталей ветеранов войн собрали на нее более 100 специалистов в области госпитальной медицины ветеранов войн и геронтологии и гериатрии из 48 регионов РФ и Белоруссии, Казахстана, Армении и Болгарии.

Первый заместитель председателя Комитета по делам воинов-интернационалистов Совета глав правительств СНГ, доктор медицинских наук,

профессор Галина Демченкова на торжественном открытии в Доме офицеров в своём выступлении отметила, что деятельность госпиталей

для ветеранов войн направлена на то, чтобы сохранить здоровье, обеспечить долголетие всех ветеранов. И это огромный труд, который необходимо продолжать ежедневно. Она поблагодарила организаторов конференции за возможность приехать в Самару и обсудить современные методы организации работы госпиталей, технологии обследования и лечения, формы благотворительности и попечительства, которые используются этими специализированными лечебными учреждениями.

(Окончание на стр. 6-7.)

Новости

О перспективах
частного здравоохранения

III Национальный конгресс частных медицинских организаций прошёл в Москве. Его организаторами были Национальный союз региональных объединений частной системы здравоохранения, центр стратегических инициатив «Частное здравоохранение» и Российское медицинское общество. На конгресс собрались 149 представителей частных медицинских организаций из 44 регионов страны.

Главной темой обсуждения было, естественно, саморегулирование по предпринимательскому и профессиональному типу в здравоохранении. Проблемы рынка медицинских услуг в непростых экономических условиях, конкуренция в здравоохранении, нарушения надзорными органами законодательства в сфере оказания медицинских услуг, административные барьеры и коррупция на пути развития предпринимательства – вот далеко не полный перечень вопросов, которые стали предметом дискуссии. Затрагивали также отсутствие чёткого понимания, как будет организована аккредитация врачей и медицинских сестёр, участие частных медицинских организаций в программах государственных гарантий (ОМС) и многие другие вопросы.

Валентин МАЛОВ.

Москва.

Фтизиатры расширяют
свои возможности

Впервые в России отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения сформировано в стенах лечебного учреждения фтизиатрического профиля. Организационное ноу-хау принадлежит Санкт-Петербургскому НИИ фтизиопульмонологии Минздрава России, куда стекаются пациенты из 73 регионов.

Ожидается, что с вводом новой структуры расширится спектр возможностей точной диагностики туберкулёза и прочей патологии органов и систем. Технические «подпорки» новому виду высокотехнологичной помощи в крупнейшем российском многофункциональном научно-практическом центре созданы в виде современной операционной, где установлен универсальный ангиографический комплекс экспертного класса. Его возможности сотрудники НИИ во главе с директором профессором Петром Яблонским продемонстрировали губернатору Санкт-Петербурга во время посещения Георгием Полтавченко института по случаю открытия отделения рентгеноэндоскопической хирургии. После осмотра площадей динамично развивающейся клиники представители городской администрации, среди которых также были вице-губернатор Ольга Казанская и председатель Комитета по здравоохранению Валерий Колабутин, обсудили с практикующими врачами и учёными актуальную тему интеграции федеральных медицинских учреждений, в том числе НИИ фтизиопульмонологии, в систему здравоохранения Северной столицы.

Владимир КЛЫШНИКОВ.

Санкт-Петербург.

«Примерили» будущую профессию

570 человек посетили Красноярский государственный медицинский университет им. В.Ф.Войно-Ясенецкого в день открытых дверей. Судя по такому интересу к медицинскому вузу, недобора на 1-й курс в этом году не будет.

Сам день открытых дверей как профориентационный проект давно стал традиционным в КрасГМУ, а вот форму его проведения постоянно совершенствуют. Сегодня это уже не просто поверхностное знакомство с учебным заведением и диалог с ректором в актовом зале, но также попытка погружения в будущую профессию. Все факультеты подготовили свои презентационные площадки, куда пригласили будущих абитуриентов, где каждый из них мог попробовать себя в роли врача. Разумеется, в роли пациентов были муляжи, но обстоятельства для оказания медицинской помощи предлагались вполне реальные: удалить зуб, провести сердечно-лёгочную реанимацию, принять роды и т.д. Возможно, для некоторых молодых людей внутреннее сомнение о выборе будущей профессии именно здесь и разрешилось, но большинство показало себя убеждёнными медиками.

Елена ЮРИНА.

Красноярск.

Медики Хакасии стали огнеборцами

Лесные пожары в Хакасии случаются каждый год, но такой трагедии, как в этом апреле, в регионе ещё не было: огонь захватил сёла и дачные посёлки, жилья и имущества лишились в общей сложности около 5 тыс. человек. Но сгоревшие дома и дачи – ничто в сравнении с жизнью и здоровьем, унесёнными огненной стихией. К настоящему времени сообщается о 15 погибших.

По данным Министерства здравоохранения Республики Хакасия, за медицинской помощью обратились почти 500 человек, 77 из них госпитализированы, 8 пострадавших находятся в отделениях реанимации. В регион прибыли специалисты Красноярского ожогового центра, и в настоящее время решается вопрос о транспортировке 5 пациентов с обширными ожогами в Красноярскую краевую клиническую больницу. Сегодня же в Абакан должен прилететь главный комбустиолог Минздрава России, руководитель ожогового центра Института хирургии им. А.В.Вишневского Андрей Алексеев.

На днях все медицинские учреждения республики перешли на режим работы в рамках ЧС. В районы, которые сильнее всего пострадали от огня, направлены дополнительные бригады врачей для оказания медицинской помощи населению и спасателям, а в эвакуационных пунктах, куда разместили погорельцев, с ними работают медицинские психологи. В общей сложности на «огненном рубеже» сейчас находятся более 300 медицинских работников, готовых прийти на помощь населению.

Елена БУШ.

Абакан.

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

События

На Урале хотят
быть здоровыми

И для этого всегда находят нужное время



Медики Урала всегда тепло готовы встретить своих земляков

В этом году Всемирный день здоровья прошёл во всех регионах России – это были и массовые зарядки, и флэш-мобы с участием известных спортсменов, врачей и деятелей культуры, и многое другое. Акция получила название «Время быть здоровым!» и проходила под эгидой Года борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями, объявленного Президентом РФ.

В Свердловской области день начался с открытия в Международном центре торговли выставки «Уральская неделя здоровья», где на «постах здоровья» всем желающим проводили измерение

артериального давления и выдавали рекомендации по здоровому образу жизни.

А на двух площадках – у входа в здание центра и у главного корпуса Уральского государственного

медицинского университета студенты областного медицинского колледжа и медуниверситета под зажигательную музыку провели всеобщую зарядку «Двигайся больше – проживёшь дольше!» с запуском воздушных шаров «Береги сердце!»

На территории всей Свердловской области сегодня состоялись и другие мероприятия, приуроченные к Всемирному дню здоровья. Жители смогли проверить своё артериальное давление, получить профессиональные консультации по здоровому образу жизни, а в отдалённые территории выехали «мобильные поликлиники» и «мобильные ФАПы».

Но этим «Время быть здоровым!» не заканчивается. Мероприятия по профилактике здорового образа жизни запланированы на будущее.

– Формирование здорового образа жизни входит в число приоритетов государственной социальной политики. Здоровый образ жизни должен стать новым общественным стандартом, залогом позитивных изменений в состоянии здоровья граждан, – заявил министр здравоохранения Свердловской области Аркадий Белявский.

Ежегодно в Свердловской области проходит более 6 тыс. массовых акций профилактической направленности, в которых принимают участие более 700 тыс. человек.

Елена ЛЬВОВА.

Екатеринбург.

Акценты

Раскрывая коварство табака

Профилактика наркологических заболеваний
как фактор снижения сердечно-сосудистых расстройств

На прошедшем недавно в Москве научно-практическом конгрессе «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями – вклад государства, гражданского общества и человека» прозвучали интересные данные заместителя директора обособленного структурного подразделения Федерального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.П.Сербского Минздрава России профессора Галины Корчагиной. Будучи членом Международного комитета по контролю над наркотиками, Г.Корчагина привела самые достоверные цифры по табакокурению и наркологическим заболеваниям.

В настоящее время, по оценкам ВОЗ, самая высокая распространённость табакокурения, а это почти 31%, наблюдается в Европе. Причём причиной сердечно-сосудистых заболеваний в 10% случаев является именно курение табака. Оказывается, даже эпизодическое употребление значительных доз алкоголя, или 60 г чистого алкоголя и более в день, коррелируют с повышенным риском развития сердечно-сосудистых заболеваний. Как сказала Г.Корчагина, «потребление алкоголя связано со многими рисками для здоровья, что в масштабах всего населения



явно превосходит так называемые потенциальные выгоды». В ряду стратегий и политических мер по борьбе с вредным употреблением алкоголя прежде всего было указано на существование экономического эффекта мероприятий с хорошим соотношением цена/качество.

Конечно же, большое внимание в выступлении было уделено профилактике наркологических заболеваний – мощному фактору снижения сердечно-сосудистых заболеваний.

Г.Корчагина разделяла мнение и других исследователей о важности организации проведения комплексных программ по снижению употребления табака и злоупотребления алкоголем с оценкой их эффективности на нескольких пилотных предприятиях. Распределение опыта таких проектов должно проводиться через организации работодателей и профсоюзы.

Найля САФИНА,
корр. «МГ».

Москва.

Начало

Будущее — за ядерной медициной

В Ельце состоялось открытие первой в Центральном федеральном округе сети центров ядерной медицины.

В открытии центров приняли участие заместитель министра здравоохранения РФ Татьяна Яковлева, председатель правления РосНАНО Анатолий Чубайс, глава администрации Липецкой области Олег Королёв.

«Цель проекта — обеспечить жителям России доступ к лучшей современной диагностике онкологических заболеваний. Это успешный пример государственно-частного партнёрства в области медицины. Ранняя диагностика онкологических заболеваний с помощью ПЭТ-центров позволит повысить, по нашим прогнозам, успешное лечение рака на 25%», — отметила Т.Яковлева.

Первая национальная сеть диа-

гностических центров позитронно-эмиссионной томографии направлена на снижение смертности населения от тяжёлых заболеваний путём ранней диагностики, эффективного контроля лечения с использованием инновационного для России оборудования и медицинских технологий.

Из Ельца препараты будут доставлять в диагностические центры в Липецке, Тамбове, Курске, Брянске и Орле. После запуска производства в Ельце откроется ПЭТ-центр в Липецке.

Сканер, представленный в Липецке, позволяет ежегодно проводить около 5 тыс. исследований. При этом сама процедура обследования занимает не более 2-3 часов.

Россияне смогут пройти обследование бесплатно по квотам системы ОМС.

География проекта на сегодняшний день охватывает 16 субъектов

Российской Федерации в 5 федеральных округах страны.

Регионы Центрально-Чернозёмного экономического района: Липецкая, Тамбовская, Орловская, Курская и Брянская области для построения «узлов» ПЭТ/КТ-сети были выбраны не случайно — они расположены недалеко от следа чернобыльской аварии и их население особенно нуждается в мониторинге состояния здоровья. Создание подобных ПЭТ-центров — только первый шаг в модернизации отечественной онкологии, отметила Т.Яковлева.

«Следующей вехой станет внедрение протонной терапии. Такие разработки в данный момент ведутся», — сказала заместитель министра.

Павел АЛЕКСЕЕВ.

МИА Сити!

Акценты

Говорят и показывают цифры

Согласно официальной статистике, средняя продолжительность жизни в Москве составляет 76,7 года. Это на 6 лет больше аналогичного показателя по России в целом. Что касается смертности, то в 2014 г. в столичном регионе этот показатель составил 9,7 на тысячу человек (при среднем по России — 13 в 2013 г.), в том числе от сердечно-сосудистых заболеваний — 529,3 на 100 тыс. населения (698,1 по России). «Наша общая цель — увеличить продолжительность жизни и улучшить здоровье москвичей к 2020 г.», — заявил на заседании президиума правительства Москвы руководитель столичного Департамента здравоохранения Алексей Хрипун.

Столичные власти, в свою очередь, расценивают сложившуюся, весьма благоприятную демографическую ситуацию как собственную заслугу. «В городском здравоохранении за последние годы произошли значимые перемены, связанные и с развитием материальной базы, и с внедрением единой информационной системы», — отметил мэр Москвы Сергей Собянин.

Так, в ушедшем 2014 г. подошло к концу формирование «инфарктной сети», представленной 28 сосу-

дистыми центрами для оказания специализированной помощи пациентам с острым коронарным синдромом, а также инсультом. Наряду с этим, по данным Департамента здравоохранения, в 2014 г. вошли в строй 7 новых поликлиник, а также 2 корпуса клинической инфекционной больницы № 2. Кроме того, капитальному ремонту и переоснащению современным медицинским оборудованием в 2014 г. подверглись 183 столичных медучреждения.

Что касается показателей доступности медицинской помощи, то за последние 5 лет количество москвичей, получивших высокотехнологичную медицинскую помощь, возросло на 25% и составило 98,2 тыс. человек. Также, несмотря на сокращение общего количества городских стационаров, число пролеченных в больницах города за 5-летний период увеличилось на 6% и составило 1,9 млн человек. Примечательно, что показатели летальных исходов на госпитальном этапе снизились на 11%. Обращает на себя внимание и то, что число прошедших повышение квалификации врачей выросло на 36%, превысив отметку в 8 тыс. человек. Наиболее заметным результатом переоснащения городских медучреждений стало сокращение времени ожидания КТ и МРТ до 2 недель.

Марк ВИНТЕР.

МИА Сити!

Ситуация

Чтобы детишкам неповадно было...



Алкогольные напитки могут исчезнуть с полок обычных продуктовых магазинов. Вполне вероятно, что их станут продавать только в специализированных торговых точках. «Поднять вопрос об изменении законодательства в области продажи алкогольной продукции на уровне Министерства здравоохранения мы планируем в самое ближайшее время», — заявил главный психиатр-нарколог Минздрава России Евгений Брюн.

В головном ведомстве здравоохранения сообщили о готовности к обсуждению инициативы. Как известно, такая мера уже давно зарекомендовала себя как весьма эффективная во многих странах мира. Эксперты утверждают, что сейчас продажи спиртного составляют 12% от общей выручки супермаркетов и около 40% — от выручки магазинов «у дома».

«Размещение на полках продуктового магазина красочно оформленных бутылок со спиртными напитками стимулирует покупку этого товара даже у тех, кто не планировал перед по-

ходом в магазин приобретение спиртного. Также важно, что в продуктовые магазины вместе с родителями или самостоятельно приходят дети и подростки и ярко оформленные витрины винного отдела могут спровоцировать у них нежелательный интерес к алкоголю», — подчёркивают в Минздраве.

«Сейчас часто продают алкоголь и табак в магазинах прямо в жилых домах. И мы видим — мужики выходят, покупают, потом тут же, у магазина, пьют и курят. А рядом находятся дети и всё это видят — вот вам и реклама, — сетует Е.Брюн. — Именно бизнес пытается алкоголизировать население. Однако, справедливости ради, стоит заметить, что за последние 5 лет россияне всё же стали пить меньше. Потребление алкоголя снизилось с 18 л чистого спирта в год на душу населения до 13,5 л. Этого удалось достичь усилиями государства по снижению доступности алкоголя и сокращению рынка спиртного», — уверен эксперт.

Алина КРАУЗЕ.

МИА Сити!

Подписка-2015

Продолжается подписная кампания



Уважаемые читатели!

В отделениях почтовой связи России продолжается подписка на периодические издания на второе полугодие 2015 г.

Условия оформления подписки на «Медицинскую газету» вы найдете в Объединённом каталоге «Пресса России — 2015».

Для быстрого оформления достаточно знать номер подписного индекса «МГ» в зависимости от желаемого периода:

50075 — на месяц;

32289 — на полугодие.

Физические лица также могут подписаться на «МГ» через редакцию по льготным ценам, направив заявку по почте: **пр. Мира, 69, стр. 1, Москва 129110** или по электронной почте: **mg-podpiska@mail.ru**.

Справки по телефонам: **8-495-608-7439**,

681-3596, 8-916-271-0813.

О подписке на электронную версию «Медицинской газеты» читайте на сайте **www.mgzt.ru**

Выписывайте и читайте «Медицинскую» газету! Будет больше подписчиков — значит, громче будет звучать ваш голос в аудитории медицинского сообщества, мы вместе сможем не только лучше разобраться в сугубо медицинских, врачебных вопросах, но и веселее заявить о том, что для вас важно. Успехов и до встреч на страницах старейшей врачебной газеты России!

Министерство связи											
АБОНЕМЕНТ НА ГАЗЕТУ											
Медицинская газета											
(индекс издания)											
Количество комплектов											
на 2015 год по месяцам											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Куда											
(почтовый индекс)											
Кому											
ДОСТАВочная КАРТОЧКА											
на газету											
(индекс издания)											
Медицинская газета											
Стоимость	подписки	_____ руб.	_____ коп.	количество комплектов							
	пере-адресовки	_____ руб.	_____ коп.	тов							
на 2015 год по месяцам											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Куда											
(почтовый индекс)											
Кому											

Министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова информировала Президента РФ Владимира Путина об итогах деятельности Минздрава России за 2014 г. и текущей работе.

Прежде всего В.Скворцова отметила существенное снижение материнской, детской, младенческой смертности в стране. «2014 г. ознаменован тем, что мы в числе небольшого перечня стран выполнили 4-ю и 5-ю цели развития тысячелетия Организации Объединённых Наций и снизили детскую смертность в 3 раза, материнскую – в 4,5 раза», – сообщила глава Минздрава России, заметив, что это произошло уже после перехода на международные стандарты. «В 2013 г. мы снизили смертность до 8,2, в 2014 г. это уже 7 с небольшим промилле и за первые 2 месяца текущего года – 6,3. То есть даже по сравнению с 2012 г. более чем на 20%. Фактически мы сейчас достигли нашего национального исторического минимума и по материнской, и по младенческой смертности», – пояснила В.Скворцова.

По её словам, это связано, прежде всего, с выстраиванием хорошо работающей трёхуровневой системы. «Мы начали уже по вашему поручению строить дополнительные перинатальные центры, – продолжила министр. – В этом году мы досрочно сдадим два перинатальных центра – в Нижегородской области и в Белгородской области. Оставшиеся 30 – на будущий год».

В.Скворцова рассказала также о развитии профилактического вектора развития здравоохранения. «Мы здесь, как и прежде, работаем в двух основных направлениях: это массовая стратегия профилактики, направленная на формирование здорового образа жизни, скрининги здоровья и диспансеризация», – доложила она, заметив, что «в отношении формирования здорового образа жизни у нас уже есть достаточно серьёзные положительные результаты». Так, благодаря принятому антитабачному закону и ограничительным мерам количество курильщиков уменьшилось в стране с 2008 г. на 17%. Практически на треть снизилось за этот же период число людей, злоупотребляющих алкогольными напитками, и количество алкоголя на душу населения. В то же время в 2,5 раза увеличилось число занимающихся спортом.

Особое внимание уделяет Минздрав развитию диспансеризации – профилактическим осмотрами в 2014 г. было охвачено более 40 млн человек, причём эти профилактические осмотры становятся, по словам В.Скворцовой,

В центре внимания

Вероника Скворцова:

«Мы стабилизировали ситуацию»

В Ново-Огарёво прошла рабочая встреча Президента РФ с главой Минздрава России



Рабочая встреча В.Путина с В.Скворцовой

«всё менее формальными». В результате выявляемость онкологических заболеваний, например, увеличилась с 2013 г. от 50 до 70%. «И, что самое важное, – заметила министр, – при активном выявлении у нас резко увеличилось число раннего выявления – на I–II стадиях. В настоящее время, по результатам 2014 г., это 72%. Только женщин молодого возраста мы спасли за год 15 тыс., это раки в I–II стадии молочной железы и репродуктивной сферы». 2015 г. будет прежде всего посвящён коррекции факторов риска сосудистых заболеваний в рамках Национального года по борьбе с сосудистыми заболеваниями.

Глава Минздрава рассказала также о позитивных результатах в сельском здравоохранении и о развитии первичной медицинской помощи. «В течение многих лет у нас сокращалось количество фельдшерско-акушерских пунктов, фельдшерских пунктов и различных сельских врачебных амбулаторий, – напомнила она. – За один год мы построили 328 фельдшерских и фельдшерско-

акушерских пунктов и практически 700 врачебных сельских амбулаторий и офисов врачей общей практики. В результате у нас по сравнению с 2011 г. более чем на 3 тыс. увеличилось число амбулаторных объектов на селе и параллельно с этим увеличилось число сельских больниц разного уровня развития: от участковых и районных до межмуниципальных сельских стационарных центров. И впервые фактически у нас в 2013–2014 гг. количество этих учреждений превысило 3 тыс.» За этот период продолжительность жизни людей, проживающих в сельской местности, увеличилась на 1,5 года и почти на 3% снизилась смертность.

«Сейчас у нас в целом по стране продолжительность жизни – 71 год?» – спросил В.Путин.

«Продолжительность жизни – 71 год. У женщин – 76,5, мы нарастили за год, но у мужчин пока не очень высокая – 65,3, – ответила В.Скворцова. – Это различие в 11 лет...»

Глава Минздрава сообщила также, что объёмы высокотехно-

логичной медицинской помощи увеличились с 2014 г. на 40%. По её словам, это произошло благодаря принятому год назад решению по передаче 459 высокотехнологических методов в базовую программу ОМС. В.Скворцова обратила внимание главы государства, что 80% этих объёмов выполнены уже в региональных учреждениях. Их число увеличилось с 2011 г. в 3,4 раза. Общее число учреждений, которые оказывают высокотехнологичную помощь, уже сейчас 675.

«В регионах или вообще?» – уточнил В.Путин.

«Всего. В регионах 461, а было 135», – ответила министр. Она подчеркнула, что такое увеличение инфраструктуры позволило резко снизить сроки ожидания высокотехнологичной помощи: в 2009 г. это было 93 дня и для взрослых и для детей; в 2011 г. – 41 день для взрослых и 35 дней для детей; по результатам 2014 г. – 21 и 14 дней. «В общем, очень существенное сокращение, – подчеркнула В.Скворцова. – По сути, у нас сейчас нет очереди на высокие технологии, очень быстро идёт лист ожидания».

В.Путин поинтересовался, как глава Минздрава оценивает объёмы финансирования здравоохранения?

«У нас в этом году финансирование увеличено более чем на 200 млрд руб. В рамках базовой программы ОМС идёт увеличение подушевого финансового норматива на 18,6%. Поскольку мы не стали наращивать подушевой норматив для полномочий субъекта Российской Федерации, в целом подушевой норматив по программе госгарантий увеличился на 12%, – ответила В.Скворцова. – Этот финансовый объём не просто достаточен для воспроизведения объёмов медицинской помощи прошлого года, но он задаёт нам определённые

возможности на расширение в этом году в том случае, если мы сумеем удержать цены на лекарственные препараты и на имплантируемые медицинские изделия.

«Правительство приняло решение увеличить объёмы финансирования по этому направлению, на лекарственные препараты. Деньги поступают?» – поинтересовался президент.

«На сегодняшний день эти деньги держатся в резерве, потому что они пока не нужны. Мы стабилизировали в настоящее время ситуацию, – отметила В.Скворцова. – С начала года цены на жизненно важные лекарства в рознице увеличились на 6,6%, а для госпитального сегмента – на 3%. Причём я хотела бы обратить внимание, что основной подскок был к концу января, в феврале эта тенденция пошла на убыль. А в марте подскока уже не было, и в рознице это составило плюс 1%, госпитальный сегмент – плюс 1%. Но самое важное, что и по препаратам, которые не входят в перечень жизненно важных, пошла отрицательная тенденция, то есть в марте цены ниже, чем в феврале».

Напомним, что аптечные организации приняли решение о замораживании цен, глава Минздрава сказала: «У нас есть ресурс, и пока превышения цен на жизненно важные препараты выше потолка, который устанавливается правительством, нет. Мы вместе с Генеральной прокуратурой сейчас активно проводим выездные проверки в регионах. За март мы выявили 15 нарушений законодательства, когда действительно цены подсакивают на 15–16% выше потолка, установленного государством. В этом случае просто заводятся соответствующие уголовные дела».

Константин ЩЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

Новости

Импортозамещение на деле

Наша фармацевтическая промышленность способна производить продукцию самого высокого качества

Министр промышленности и торговли РФ Денис Мантуров и мэр Москвы Сергей Собянин с рабочим визитом посетили Московский эндокринный завод.

Пример данного предприятия показывает, что отечественная фармацевтическая промышленность способна производить продукцию самого высокого качества и удовлетворять потребности в жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратах для населения России.

Разработанные Минпромторгом 19 отраслевых планов по импортозамещению в промышленности включают в себя более 2 тыс. проектов и касаются около 8 тыс. видов продукции, подлежащих импортозамещению в течение ближайших 4,5 года, – заявил Д.Мантуров. – Для достижения этих задач в фармацевтической отрасли в развитие производства всех предприятий Московского эндокринного завода в ближайшие несколько лет будет вложено 6,5–7 млрд руб.

инвестиций как бюджетных, так и собственных.

В целях реализации государственной политики импортозамещения в фармацевтической отрасли Московский эндокринный завод выполняет собственную программу по разработке и внедрению в производство новых лекарственных препаратов. Некоторые из них учтены в утверждённых Правительством РФ 19 планах по импортозамещению в части фармацевтической промышленности.

Завод успешно расширяется за счёт собственных и заёмных средств. При поддержке Минпромторга на территории города Волжского в Волгоградской области строится крупный филиал, продукция которого будет ориентирована на замещение лекарственного импорта. Проект располагает инвестициями на сумму около 3 млрд руб.

Новое предприятие будет готовить субстанцию для дальнейшего синтеза 20 наименований лекарственных составов – прак-

тически все они входят в список жизненно важных препаратов. Его продукция к 2018 г. позволит на три четверти обеспечить независимость отечественной фармакологической промышленности от аналогичных зарубежных компонентов. Более того, часть продукции завод сможет поставлять на экспорт.

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Москва.

На отчётно-выборных конференциях в организациях отраслевого профсоюза поднимался широкий спектр проблем, волнующих медицинское сообщество. К вопросам защиты прав медиков на достойную жизнь профсоюз ещё вернётся в мае – на очередном съезде. Но один из обсуждаемых – о специальной оценке условий труда работников отрасли остаётся в центре внимания профсоюзных организаций. Об этом беседа корреспондента «МГ» с председателем Профсоюза работников здравоохранения РФ Михаилом КУЗЬМЕНКО.

– Михаил Михайлович, с 1 января 2014 г. в охране труда произошли изменения, а именно – вступил в действие Федеральный закон «О специальной оценке условий труда». Каково ваше мнение по этому поводу?

– Прежде хотел бы отметить, что представители отраслевого профсоюза участвовали на всех этапах его разработки, а также предлагали поправки в редакцию закона. Некоторые наши предложения были учтены, а по некоторым моментам до настоящего времени ведётся диалог. В большинстве случаев вопросы, которые ставит профсоюз, находят поддержку со стороны Минздрава России, в ходе обсуждения вырабатывается консолидированная позиция. Несмотря на уже принятые существенные поправки в Методику проведения спецоценки, совместная работа продолжается.

– А что конкретно удалось изменить в законодательстве о специальной оценке условий труда?

– Спецоценка устанавливает новые правила «игры» в реализации прав работников на гарантии и компенсации за работу в условиях воздействия вредных и опасных факторов производственной среды и трудового процесса. Сейчас они определяются в законодательстве как компенсационные меры. Это – сокращённая продолжительность рабочего времени, ежегодный дополнительный оплачиваемый отпуск, повышенная оплата труда, а также право на льготную пенсию.

Профсоюз всегда считал и считает недопустимым сужение исследований и исключения из классификатора вредных и (или) опасных производственных факторов, которые реально существуют на рабочих местах работников. Поэтому мы неоднократно обращали внимание Минтруда России на необходимость совершенствования законодательства в части учёта постоянно присутствующих в здравоохранении неустраиваемых вредных (опасных) производственных факторов. Это воздействие на работников возбудителей инфекционных заболеваний, интеллектуальных и эмоциональных нагрузок. Например, благодаря настойчивой и принципиальной позиции были сняты противоречия по лицензированию отдельных видов деятельности при оценке биологического фактора. Результатом стало принятие приказа Минтруда России, который позволяет при спецоценке рабочих мест медицинских работников учитывать это обстоятельство.

При спецоценке профсоюз предлагает вести обязательный учёт действий, направленных на спасение жизни пациента, находящегося в угрожающем состоянии в условиях дефицита времени. При Минтуде создана рабочая группа, в состав которой вошли представители ЦК профсоюза и Минздрава России для проработки данных вопросов. Одновременно обсуждается

мониторинг проведения специальной оценки условий труда в субъектах РФ.

– А какие шаги при решении данных вопросов предпринимал профсоюз?

– Все действия профсоюза, связанные с реализацией законодательства о специальной оценке, проходили в тесном взаимодействии с представителями Минздрава и Минтруда и получили полную поддержку как

пряжённости трудового процесса. Методика её проведения не позволяет установить объективно класс условий труда. Это лишний раз говорит о том, что в этой цепочке всё ещё остаются «интуитивные» подходы, которые влияют на определение класса условий труда.

Организации профсоюза, обеспокоенные необъективными оценками условий труда, возникновением неразрешаемых ситу-

действий по оказанию экстренной медицинской помощи больным (пострадавшим) в условиях дефицита времени, отсутствия информации о состоянии здоровья пациента и необходимости принятия решений, от которых в дальнейшем зависят его жизнь и здоровье. Сюда же входит оказание медицинскими работниками специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи путём выполнения

установления класса условий труда и компенсационных мер. Кроме того, разрешается работнику присутствовать при проведении специальной оценки, обращаться за получением разъяснений и обжаловать её результаты.

– Но ведь всё равно споры по установлению компенсационных мер возможны?

– Их можно избежать, если основным ориентиром для их установления администрация и

Из первых уст

С принципиальных позиций

Профсоюз – о специальной оценке условий труда в медицинских организациях



аций, связанных, с одной стороны, со спецификой медицинской деятельности, с другой – с несовершенством правовой, технической баз, инициировали коллективные письма в адрес Президента Российской Федерации В.Путина, вице-премьера РФ, координатора Российской трёхсторонней комиссии по регулированию социально-трудовых отношений О.Голодец, министра труда и социальной защиты М.Топилина,

министра здравоохранения В.Скворцовой, председателя ФНПР, координатора профсоюзной стороны в РТК М.Шмакова. Было собрано более 300 тыс. подписей работников с обращениями о внесении изменений в Методику проведения спецоценки по учёту биологического фактора на рабочих местах медицинских работников.

– И что же ещё вы планируете реализовать в законодательстве о спецоценке?

– Сегодня уже прошёл практически все этапы приказ Минтруда России, определяющий особенности проведения спецоценки отдельных категорий медицинских работников. Совместно с Минздравом удалось договориться о включении ряда показателей напряжённости трудового процесса для медработников, непосредственно оказывающих скорую (скорую специализированную) медицинскую помощь в экстренной или неотложной формах вне медицинской организации, в том числе в ходе медицинской эвакуации, и расположенных в помещениях, к которым нормативными правовыми актами предъявляются требования, связанные с необходимостью поддержания особого микробиологического состояния среды и устойчивого режима функционирования медицинского оборудования.

Можно сказать, что класс (подкласс) условий труда по напряжённости будет повышаться на одну степень в связи с осуществлением медицинскими работниками целенаправленных

операций в операционных с применением хирургических (микрохирургических) методов лечения, а также при родовспоможении и в послеродовом периоде. Ещё один момент связан с оказанием медицинскими работниками в отделениях реанимации и интенсивной терапии реанимационного пособия, выполнением медицинских манипуляций, направленных на спасение жизни пациента, находящегося в угрожающем состоянии, а также управлением жизненно важными функциями организма.

На последнем заседании рабочей группы Минтруда России обсуждались поправки в редакцию Методики проведения спецоценки, а именно возможность дополнения ст. 13 Закона оценкой эмоциональной и интеллектуальной напряжённости работников. Затрагивались вопросы о сохранении размеров ранее предоставляемых компенсационных мер.

– На что, по вашему мнению, необходимо особо обращать внимание при проведении специальной оценки условий труда в медицинских организациях администрации и профсоюзу?

– Работа должна строиться с высокой паритетной долей ответственности за достоверность и объективность проводимой в организации спецоценки, при безусловном соблюдении требований законодательных норм и договорённостей, учёте мотивированных мнений. Председатели первичных организаций и главные врачи, профсоюзный актив, службы и специалисты охраны труда должны в первую очередь обратить внимание на возможное изменение классов условий труда, что может повлечь снижение компенсационных мер. Это, как показывает поступающая от региональных организаций информация, связано с изменениями в статьях Трудового кодекса. Однако надо помнить, что законом определены условия, не позволяющие снизить установленные ранее работникам размеры компенсационных мер при условии сохранения соответствующих условий труда, явившихся основанием для их назначения.

Работодатели обязаны давать работнику необходимые разъяснения по вопросам проведения специальной оценки на его рабочем месте, письменно знакомить с её результатами. У работников есть права, пользуясь которыми возможно избежать недоразумений и споров по правильности

представитель работников будут в первую очередь использовать результаты производственного контроля и ранее проводимой аттестации рабочих мест. Конкретные размеры компенсационных мер должны быть закреплены не только в трудовых договорах с работником, но и в коллективных договорах.

– А какими полномочиями при спецоценке наделены представители профсоюза?

– На мой взгляд, они имеют достаточно прав, которые позволят им влиять на проведение спецоценки. По инициативе выборного органа первичной организации профсоюза можно не только обжаловать итоги спецоценки в суде, но также инициировать её внеплановое проведение и экспертизу качества. По требованию профсоюзного представителя организация, проводящая спецоценку, обязана предоставлять обоснования её результатов и давать работникам разъяснения. Закреплено также право осуществлять профсоюзный контроль за соблюдением требований законодательства о спецоценке инспекторами труда. Однако осуществление контрольных функций не принесёт положительного результата, если подготовительный этап проведения спецоценки не будет обеспечивать учёт всех производственных факторов. Это существенное обстоятельство, которое должны учитывать в первичной организации.

Подготовка к проведению спецоценки – это задача и обязанность работодателя, который утверждает комиссию по проведению спецоценки. В состав её обязательно должен входить представитель выборного профсоюзного органа.

С начала действия законодательства о спецоценке профсоюз постоянно даёт информацию на своём сайте. В помощь профсоюзному активу выпущен специальный номер приложения к журналу «Профсоюзная тема» – «Внимание! Специальная оценка условий труда».

В заключение подчеркну, что Профсоюз работников здравоохранения остаётся на принципиальной позиции при оценке производственных факторов на рабочих местах медицинских работников.

Беседу вела
Галина ПАПЫРИНА,
кор. «МГ».

(Окончание. Начало на стр. 1.)

Это не первое масштабное мероприятие такого плана, которое проводится на базе Самарского госпиталя – единственного научно-госпитального центра в СНГ, где благодаря первому в СНГ попечительскому совету под руководством губернатора внедряются традиционно современные и инновационные технологии, проводятся научные исследования в области диагностики, лечения, реабилитации ветеранов войн в Первом НИИ реабилитации ветеранов войн, который учредил на базе госпиталя вице-президент Российской ассоциации геронтологов и гериатров, член правления РАГБВ, почётный работник высшего профессионального образования Минобрнауки России, академик РАМТН, профессор Николай Лысов – ректор Медицинского института «РЕАВИЗ», а начальник госпиталя – вице-президент РАГГ и президент РАГБВ, заслуженный врач РФ, академик РАМТН, профессор Олег Яковлев – одновременно является директором этого НИИ. Поэтому Галина Демченкова от лица председателя Высшего совета Международного союза ветеранов и общественного комитета ветеранов войн – председателя Комитета по делам воинов-интернационалистов СНГ Владимира Ковалёва наградила губернатора Самарской области Николая Меркушкина, ректора Медицинского института «РЕАВИЗ» Николая Лысова и начальника СОКГБВ Олега Яковлева орденами Союза «За службу Родине», а юбилейными медалями Министерства обороны РФ ученых – начальников Краснодарского, Ульяновского, Уфимского, Новосибирского, Красноярского, Оренбургского госпиталей ветеранов войн, заслуженных врачей РФ Сергея Исаенко, Эльмиру Каримову, Халила Мустафина, Людмилу Канунникову, Алексея Подкорытова, Владимира Сукача.

Главному врачу Гомельского госпиталя участников и инвалидов войн Республики Беларусь заслуженному работнику здравоохранения Республики Беларусь Олегу Иванцову вручена Почётная грамота комитета.

В работе этого международного форума как всегда приняли участие ведущие российские

геронтологи. Среди них президент Европейской ассоциации геронтологов и гериатров, директор Санкт-Петербургского НИИ биорегуляции и геронтологии РАН, член правления РАГБВ, главный геронтолог комитета здравоохранения Санкт-Петербурга, член-корреспондент РАН, заслуженный деятель науки РФ, лауреат премии Совета Министров СССР, премии имени Т.И.Ерошевского Владимир Хавинсон. Он напомнил:

«Увеличение доли пожилого малоактивного населения влечёт за собой уменьшение сегмента трудоспособного населения. Уже в ближайшей перспективе на одного работающего в государстве придётся один неработающий. Поэтому перед мировой геронтологией и гериатрией, как и перед нами, стоит одна и та же задача – увеличение трудоспособного периода наших сограждан, чтобы люди могли эффективно трудиться столько,

сколько смогут и пожелают на радость себе и близким».

Сопредседатель конференции, ректор Медицинского института «РЕАВИЗ», вице-президент РАГГ, профессор Николай Лысов вручил Владимиру Хавинсону диплом и премию имени академика А.Ф.Краснова – основателя Медицинского института «РЕАВИЗ».

«Биологические и социальные основы активного долголетия» – этим докладом открыл конференцию президент Российской

структура населения по возрасту существенно меняется, доля лиц старших возрастов (под данной категорией понимаются женщины старше 55 лет, мужчины старше 60) увеличилась к 2010 г. до 21,9 %, а к 2014 г. – до 23%.

В.Шабалин повторил свою фундаментальную гипотезу, сторонником которой он является много лет, что организм человека может развиваться только при условии старения, смерти и переработки своих элементов

События

Ветеранам войн — активное долголетие

Под таким девизом в Самаре прошла 4-я Международная научно-практическая конференция, посвященная 70-летию Великой Победы



Во время открытия морфологической лаборатории Первого НИИ реабилитации ветеранов войн Медицинского института «РЕАВИЗ» в СОКГБВ (слева направо) Олег Яковлев, Николай Меркушкин, Николай Лысов

ассоциации геронтологов и гериатров, академик РАН, почётный профессор РАГБВ, заслуженный деятель науки РФ Владимир Шабалин (с 2015 г. президент Московского филиала Медицинского института «РЕАВИЗ»).

– Старение населения – один из наиболее важных естественных процессов, происходящих в современном мире, – подчеркнул он. – С увеличением возраста резко обостряются проблемы, связанные с изменяющимся статусом пожилого человека, его членами семьи и общества в целом и множество других аспектов. Демографическое старение – это изменение возрастного состава населения, при котором в результате роста средней продолжительности жизни возникает относительное увеличение доли пожилых людей.

Актуальность проблемы демографического старения в России, как и в большинстве других стран мира, с каждым годом возрастает. К 2014 г. численность старшего поколения увеличилась по сравнению с 2004 г. почти на 2 млн человек, а по экспертным оценкам, к 2018 г. увеличится на 5 млн человек. Соответственно

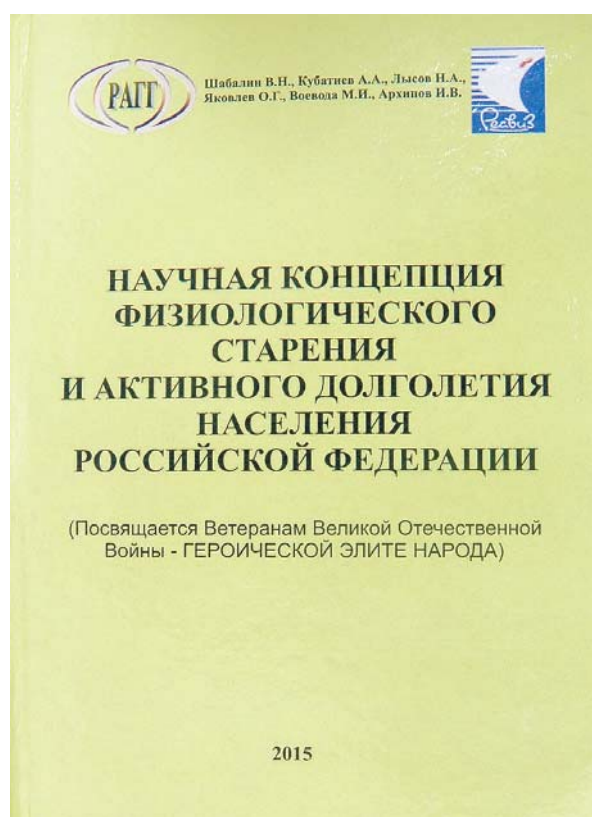
(молекул, клеток и органов), выполнивших функциональное назначение. Биосфера есть единая живая система. Образно выражаясь, можно сказать, что процесс старения нас создает и растворяет в бурном потоке бесконечной биологической жизни. Старение и смерть – это механизм перехода фрагмента живой материи из обособленной (индивидуальной) фазы развития в фазу интегрированного развития биосферы. То есть это процесс формирования и архивирования эволюционно эффективных структур биологических молекул с последующей передачей их в биосферу с целью дальнейшего качественного преобразования живой материи.

На конференции было сделано и много сообщений, которые затрагивали непосредственно повышение качества медицинской помощи пожилым, применение новейших методик. Например, с докладом «Инновационная технология обезболивания путем транскраниальной селективной электростимуляции» выступил ведущий научный сотрудник НИИ физиологии РАН им. И.П.Павлова, дважды лауреат Премии Правительства РФ в области науки и техники Александр Малыгин. В госпитале он продемонстрировал возможности работы нового оборудования при болевом синдроме у ветеранов боевых действий и подарил его госпиталю.

Об особенностях тарифа на медицинские услуги в системе ОМС рассказал директор Самарского филиала страховой медицинской компании «Макс-М», заведующий кафедрой медицинского страхования Медицинского института «РЕАВИЗ», главный специалист Министерства здравоохранения Самарской области, доктор медицинских наук, профессор Михаил Засыпкин. Прозвучало и много других интересных докладов.

Во второй день участники конференции ознакомились с работой отделений Самарского госпиталя для ветеранов войн, в том числе отделений КТ и МРТ, физиотерапии и реабилитации, дневных стационаров неврологического и терапевтического профилей, кабинета медико-психологической реабилитации.

Кроме того, состоялось собрание членов Российской ас-



Эта концепция была представлена на конференции

Галина Демченкова только что наградила Сергея Исаенко юбилейной медалью



Николай Лысов вручил награды Владимиру Хавинсону

социации госпиталей ветеранов войн, на котором были внесены изменения в устав и организация переименована в Реабилитационную ассоциацию госпиталей ветеранов войн, приняли обращение к Министерству здравоохранения РФ с предложением в год 70-летия Великой Победы, в этот сложный кризисный период, обратить внимание на должное финансирование из системы обязательного медицинского страхования госпиталей для ветеранов войн. Руководителям регионов стран СНГ предлагается организовать и возглавить попечительские советы, руководствуясь опытом Самарской области РФ. Кроме того, предложили провести III Всероссийский конкурс на звание «Лучший госпиталь для ветеранов войн» в апреле 2015 г.

На собрании Российской ассоциации геронтологов и гериатров (большинство членов РАГВВ являются членами РАГГ) утвердили научную концепцию физиологического старения и активного долголетия населения Российской Федерации и обращение к Правительству РФ с предложением использовать данную концепцию как основу при исполнении поручений Президента РФ по итогам заседания Президиума Государственного совета РФ «О развитии системы социальной защиты граждан пожилого возраста» от 5 августа 2014 г.

Концепция написана ведущими геронтологами: В.Шабалиным, А.Кубатиевым, Н.Лысовым, О.Яковлевым, М.Воеводой, И.Архиповым.

Алексей ПАПЫРИН,
директор МИА Сити!
«Медицинской газеты».

Самара – Москва.



Хрустальные призы получают победители конкурса в Самаре



Владимир Шабалин

Состав центральной конкурсной комиссии III Всероссийского конкурса на звание «Лучший госпиталь для ветеранов войн»

Скворцова Вероника Игоревна – министр здравоохранения РФ (председатель)

Каграманян Игорь Николаевич – первый заместитель министра здравоохранения РФ (заместитель председателя)

Члены центральной конкурсной комиссии:

Буйлова Татьяна Владимировна – заместитель председателя профильной комиссии по медицинской реабилитации Минздрава России, главный специалист в Приволжском федеральном округе, профессор Нижегородской государственной медицинской академии (по согласованию)

Вергазова Эльмира Камильевна – заместитель директора Департамента организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела Минздрава России

Демченкова Галина Захаровна – первый заместитель председателя Комитета по делам воинов-интернационалистов Совета глав правительств СНГ, начальник Управления медико-социальной помощи комитета, доктор медицинских наук, профессор (по согласованию)

Ермаков Виктор Фёдорович – член правления Реабилитационной ассоциации госпиталей ветеранов войн, председатель совета Всероссийской общественной организации ветеранов военной службы, генеральный инспектор Минобороны России, генерал армии, участник боевых действий (по согласованию)

Казakov Виктор Алексеевич – депутат Государственной Думы РФ, член правления Реабилитационной ассоциации госпиталей ветеранов войн (по согласованию)

Каримова Эльмира Абдуловна – начальник Ульяновского областного клинического госпиталя для ветеранов войн, вице-президент Реабилитационной ассоциации госпиталей ветеранов

Состав организационного комитета III Всероссийского конкурса на звание «Лучший госпиталь для ветеранов войн»

Яковлева Татьяна Владимировна – заместитель министра здравоохранения РФ (председатель)

Овчинников Дмитрий Евгеньевич – вице-губернатор – руководитель администрации Самарской области, заместитель председателя регионального оргкомитета «Победа», заместитель председателя попечительского совета СОКГВВ (по согласованию)

Введенский Георгий Георгиевич – начальник отдела организации первичной медико-санитарной помощи Департамента организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела Минздрава России (секретарь оргкомитета)

Салагай Олег Олегович – заместитель директора Департамента международного сотрудничества и связей с общественностью Минздрава России

Балдин Виктор Викторович – помощник министра здравоохранения РФ

Ткачёва Ольга Николаевна – заместитель директора Госу-



После демонстрации эффективного противоболевого сеанса Александром Малыгиным прибор подарен госпиталю

Когда готовился этот материал, министр здравоохранения РФ В.Скворцова уже приняла решение о проведении III Всероссийского конкурса на звание «Лучший госпиталь для ветеранов войн» в соответствии с планом мероприятий Министерства здравоохранения Российской Федерации по подготовке к празднованию 70-летия Победы в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг., утвержденным приказом министерства № 458 от 12.07.2013.

Отборочный этап будет проведён центральной конкурсной комиссией с 13 по 17 апреля 2015 г. в Самаре.

Финальный этап – 20 апреля 2015 г. в Москве. Торжественная церемония награждения госпи-

талей ветеранов войн – победителей конкурса состоится 29 апреля 2015 г. в Самаре.

Руководители (начальники) госпиталей ветеранов войн – победителей финального этапа конкурса и врачи, которых изберет коллектив этих госпиталей, для представления к награждению ведомственными наградами Минздрава России ко Дню медицинского работника, согласно пункту 11 данного положения, органами государственной власти субъектов Федерации в сфере охраны здоровья командируются в Самару для участия в торжественной церемонии награждения за счет средств органов государственной власти субъектов Федерации в сфере охраны здоровья с 21 по 25 апреля.

войн, заслуженный врач РФ, заслуженный врач Ульяновской области (по согласованию)

Лысов Николай Александрович – ректор Медицинского института «РЕАВИЗ», вице-президент Российской ассоциации геронтологов и гериатров, член правления Реабилитационной ассоциации госпиталей ветеранов войн, почётный работник высшего профессионального образования Минобрнауки России, лауреат премии в области науки и техники, академик РАМН, профессор (по согласованию)

Станкевич Игорь Валентинович – председатель Самарской региональной общественной организации «Герои Отечества», Герой России, участник боевых действий (по согласованию)

Чабан Сергей Яковлевич – главный федеральный инспектор по Самарской области аппарата полномочного представителя Президента РФ в Приволжском федеральном округе, участник боевых действий (по согласованию)

Хавинсон Владимир Хацкелевич – президент Европейского отделения Международной ассоциации геронтологов и гериатров, директор Санкт-Петербургского НИИ биорегуляции и геронтологии РАН, член правления Реабилитационной ассоциации госпиталей ветеранов войн, главный геронтолог Комитета здравоохранения Санкт-Петербурга, заслуженный деятель науки РФ, член-корреспондент РАН (по согласованию)

Лукьянов Игорь Леонидович – главный врач Республиканского клинического госпиталя ветеранов войн Республики Крым (по согласованию)

Шапова Елена Васильевна – почётный директор шоколадной фабрики «Россия», Герой Социалистического Труда, почётный гражданин Самарской области, инвалид Отечественной войны (по согласованию)

дарственного научно-исследовательского центра профилактической медицины Минздрава России (по согласованию)

Фетисов Александр Борисович – глава и председатель Думы городского округа Самара, секретарь регионального отделения партии «Единая Россия» (по согласованию)

Гридасов Геннадий Николаевич – заместитель председателя правительства Самарской области – министр здравоохранения Самарской области (по согласованию)

Полторах Андрей Васильевич – главный редактор «Медицинской газеты», член правлений Российской ассоциации геронтологов и гериатров и Реабилитационной ассоциации госпиталей ветеранов войн, почётный профессор Московского государственного медикостоматологического университета (по согласованию)

Яковлев Олег Григорьевич – начальник Самарского областного клинического госпиталя ветеранов войн, президент Реабилитационной ассоциации госпиталей ветеранов войн (по согласованию)

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 25 (1877)

Дивертикул (лат. diverticulum – дорога в сторону, отклонение) – врождённое или приобретённое выпячивание стенки полого органа, сообщающееся с его полостью. Наиболее частой локализацией дивертикулов является пищеварительный тракт, реже они встречаются в мочевом и желчном пузыре, внепечёночных желчных протоках, мочеточниках, мочеиспускательном канале и других полых органах. Дивертикулёз кишечника по праву относят к болезням цивилизации. Значительно чаще его выявляют в индустриально развитых странах, а также регионах, где преобладает так называемый западный характер питания, то есть малошлаковая рафинированная пища.

Эпидемиология

Дивертикулярная болезнь (ДБ) ободочной кишки имеет широкое распространение и в общей популяции встречается в 3-5% случаев, хотя истинную частоту заболевания определить невозможно. Для широкого круга врачей ДБ остаётся малоизвестной патологией, поэтому различные заболевания ободочной кишки, сопровождаемые нарушениями её моторной и эвакуаторной функций, зачастую рассматриваются как проявления синдрома раздражённого кишечника или так называемого неинфекционного колита. Осведомлённость врачей в отношении данного заболевания особенно необходима в условиях старения населения, изменения характера питания и соответствующего увеличения распространённости дивертикулёза кишечника. Своевременная диагностика ДБ, грамотно проводимые лечебно-профилактические мероприятия позволяют повысить качество жизни и избежать развития тяжёлых осложнений, свойственных этой патологии.

Этиология и патогенез

Дивертикулёз ободочной кишки – это состояние, при котором в кишке имеются множественные или единичные дивертикулы. Наиболее раннее литературное описание дивертикулов ободочной кишки относится к первой половине XIX века. Находя на трупах подобные дивертикулам изменения, D.Fleischmann (1815) и G.Gruveilheir (1849) считали их достаточно редким заболеванием, связанным с запором. Авторы отмечали у таких пациентов истончение кишечной стенки и разволокнение циркулярного мышечного слоя ободочной кишки.

Клинические наблюдения W.Lane (1885) выявили у пациентов спазм толстой кишки в зоне дивертикулов, что указывало на роль мышечного фактора и повышения внутрикишечного давления в их развитии. До начала XX века дивертикулы ободочной кишки и связанные с ними осложнения относились к области казуистики и лишь в 1916 г. ДБ впервые упоминается в англоязычном руководстве по заболеваниям желудочно-кишечного тракта. Выделяют два типа дивертикулёза – «западный» и «восточный».

При «западном» типе дивертикулёза в первую очередь поражаются левые отделы ободочной кишки. В 95% наблюдений дивертикулы располагаются в сигмовидной или сигмовидной и нисходящей ободочной кишке. При этом наибольшее количество дивертикулов с высокой плотностью их расположением диагностируется в сигмовидной кишке. Эти показатели снижаются в проксимальном направлении, однако нередко бывает сегментарное поражение ободочной кишки. Например, дивертикулы выявляются в сигмовидной и поперечной ободочной кишке при отсутствии в других отделах.

Преимущественная географическая распространённость «западного» типа дивертикулёза – Северная Америка, Европа, Россия, Австралия. «Восточный» тип дивертикулёза характерен для стран Дальнего Востока и Юго-Восточной Азии. При этом дивертикулы локализуются в слепой и восходящей кишке, а его распространённость в десятки и сотни раз ниже, чем «западного» варианта.

Если в 1930 г. в странах западной цивилизации частота аутопсийного выявления дивертикулов находилась в пределах 2-10%, то в 1969 г. уже составляла 35-50%. В США к концу 60-х годов XX века ежегодно по поводу ДБ госпитализировались 130 тыс. человек. В настоящее время это число утроилось и составляет 71-126 госпитализаций на 100 тыс. населения в год. Аналогичная картина наблюдается в Канаде, Великобритании, Германии и Финляндии. В 2006 г. затраты на лечение ДБ в США превысили 2,6 млрд долл.

При этом в странах Азии и Африки заболевание встречается редко. А среди потомков иммигрантов из этих стран частота ДБ не отличается от таковой у коренных групп населения. Заболеваемость в СССР в 1970 г. составляла 2-3 случая на 100 тыс. населения, в 1979 г. – уже 17 случаев на 100 тыс. По данным ГНЦ колопроктологии, частота обнаружения дивертикулов ободочной кишки при рентгеноэндоскопических исследованиях среди колопроктологических пациентов в 2002 г. составляла 14,2%, а в 2012 г. – уже 28,8%.

Частота выявления дивертикулёза увеличивается с возрастом. Так, до 40 лет это заболевание выявляется менее чем у 5%, в возрасте 40-50 лет – у 5-10%, в возрасте

50-60 лет – у 14%, у лиц старше 60 лет – у 30%, а старше 80 лет – у 60-65% населения. Среди мужчин и женщин распространённость заболевания приблизительно одинаковая. Вероятность перехода дивертикулёза в ДБ составляет 5-20%.

Дивертикулярная болезнь ободочной кишки представляет собой морфофункциональный патологический процесс, характерным отличительным признаком которого являются дивертикулы. Это понятие, применяемое к дивертикулёзу и его осложнениям: дивертикулиту (воспалению), нагноению, прободению, сужению просвета кишки и кровотечению. Осложнения ДБ встречаются у 40-45% пациентов при экстренной госпитализации по поводу заболеваний ободочной кишки. При этом у 75% больных развивается острый дивертикулит.

Перфорация дивертикула является 4-й по частоте среди причин экстренного хирургического вмешательства после острого аппендицита, перфоративной гастродуоденальной язвы и кишечной непроходимости и 3-й по частоте среди причин формирования кишечных стом. Внутрибрюшные абсцессы и перитонит развиваются у 3,5-4 пациентов на 100 тыс. человек в год, а толстокишечные кровотечения – у 3-15% пациентов. Доля ДБ среди других причин толстокишечных кровотечений колеблется от 20 до 40%.

В течение одного года от осложнений ДБ умирают 9,8% больных. Неслучайно А.Аминов (1971), В.Фёдоров, Г.Воробьёв (1979) рассматривали ДБ как полиэтиологическое заболевание, требующее дифференцированного лечебного подхода и коррекции как системных причин этой патологии, так и клинических проявлений связанных с ним осложнений.

Дивертикулы являются проявлением различных патологических состояний, среди которых ведущее значение имеют дистрофические изменения в мышечном слое ободочной кишки, дискоординация её моторики, врождённая или приобретённая слабость соединительной ткани, сосудистые изменения в стенке кишки. По механизму развития дивертикулы толстой кишки подразделяют на **пульсионные** (образуются в связи с повышением давления в полости толстой кишки) и **тракционные** (образуются спайкой, оттягивающей стенку полого органа).

В дивертикуле различают устье, шейку, тело и дно. Дивертикул может быть окружён жировой тканью, если располагается в жировом подвесе или брыжейке ободочной кишки. Поверхностный слой дивертикула может быть представлен серозной оболочкой, если он располагается в интраперитонеальной части ободочной кишки. Устья дивертикулов располагаются вблизи мышечных теней. В этих местах конечные ветви прямых сосудов проходят сквозь циркулярный мышечный слой в подслизистое сосудистое сплетение. Кровоснабжение дивертикула осуществляется за счёт сосудов подслизистого слоя, плотно расположенных в области шейки дивертикула. От этих сосудов отходит конечная ветвь, которая достигает дна дивертикула.

По гистологическому строению стенки дивертикула различают истинные (образованы за счёт всех слоёв стенки кишки) и ложные, или псевдодивертикулы (выпячивания только

слизистой и подслизистой оболочек через дефект наружного мышечного слоя, снаружи дивертикул покрыт серозной оболочкой и фиброзной тканью). Подразделение дивертикулов на истинные и ложные достаточно условно: при длительном существовании дивертикула мышечные элементы в области его дна могут атрофироваться, присоединение воспаления усугубляет этот процесс, и стенки дивертикула могут быть представлены рубцовой тканью.

В свою очередь, ложные дивертикулы могут быть **полными** (выпячивание слизистого слоя происходит через всю стенку толстой кишки) и **неполными** (выпячивание не выходит за пределы мышечного слоя). Как правило, дивертикулы, располагающиеся в левых отделах толстой кишки, являются ложными. Дивертикулы, локализующиеся в правых отделах ободочной кишки, преимущественно истинные. Дивертикулы бывают **одиночными** и **множественными**. Они могут быть самой разнообразной формы (шаровидной, цилиндрической, овальной, грушевидной, мешковидной и др.), величины (от едва заметных до образований длиной 6-14 см и диаметром 2-5 см), с широким или

узким входным отверстием. Малая ширина входного отверстия значительно затрудняет эвакуацию попавшего в полость дивертикула содержимого, что способствует образованию в нём каловых камней и развитию воспалительного процесса.

Причины возникновения дивертикулов разнообразны. Хотя механизм их развития до конца не ясен, известно, что они возникают при снижении содержания в рационе клетчатки, увеличении внутрипросветного давления в кишечнике, слабости кишечной стенки. Недостаточное содержание балластных веществ в пище приводит к увеличению внутрипросветного давления из-за уменьшения объёма стула и возникновения большей сегментации толстой кишки во время перистальтических движений. Причину появления дивертикулов усматривают в интермиттирующих функциональных препятствиях в ряде толстокишечных сегментов, дискоординации деятельности продольных и циркулярных мышц кишечной стенки.

Поражённый дивертикулами сегмент кишки в ответ на приём пищи или действие фармакологических стимулов сокращается сильнее. Регистрируемые изменения давления в толстой кишке отражают сегментарные её сокращения смешивающего, а не пропульсивного характера. Это проявляется задержкой продвижения содержимого по толстой кишке, вследствие чего повышается абсорбция воды, каловые массы «высыхают», их объём уменьшается и, как следствие, развиваются запоры. По мере возрастания внутрипросветного давления дивертикулы выбухают и достигают максимального размера. Увеличением внутрипросветного давления можно объяснить и более частую локализацию дивертикулов в сигмовидной кишке – до 85% пациентов с дивертикулёзом кишечника в западных странах (запоры при этом играют роль разрешающего фактора).

Увеличение распространённости ДБ у пожилых людей объясняют постепенным снижением тонуса толстой кишки по мере старения организма. Факторы, способствующие повышению внутрикишечного давления: запоры, метеоризм; ожирение; аномалии мышечной оболочки толстой кишки; стеноз толстой кишки; воспалительные процессы в кишечнике; изменения в нервной системе кишечника; грыжи; авитаминоз; кишечные «спазмогены» эндогенного происхождения (желчные кислоты); генетические факторы и др.

Преимущественная локализация дивертикулов у брыжеечного края кишки определяется естественной разрежённостью мышечных элементов кишечной стенки в зоне вхождения в неё кровеносных сосудов. При повышении внутрикишечного давления в сосудистых каналах формируются дивертикулы. Установлено, что локализация дивертикулов часто совпадает с областью возникновения врождённых пороков развития кишечника. Существует мнение о врождённом недоразвитии мышечной оболочки стенки кишки, вследствие чего в различные периоды жизни могут образовываться дивертикулы. Однако врождённая неполноценность мышечной оболочки – не единственная причина слабости кишечной стенки.

При старении организма происходят

снижение мышечного тонуса и утрата механической прочности соединительнотканного каркаса. У пожилых людей круговой и продольный слои мышечной оболочки толстой кишки становятся толще, в них увеличивается количество коллагена, эластина и ретикулярной ткани. У обследованных лиц старческого возраста поддерживающая соединительная ткань представляется менее организованной, эластин становится фрагментированным, а стенка кишки – менее растяжимой. Этим можно объяснить возрастание частоты дивертикулов в старших возрастных группах. В развитии ДБ принимают участие и вещества эндогенного происхождения, в частности желчные кислоты, которые усиливают перистальтику мускулатуры толстой кишки.

Дополнительную роль в формировании дивертикулов играет синдром дисплазии соединительной ткани (у детей и юношей с синдромами Марфана, Элерса – Данло), когда имеется дефицит коллагена. Нередким является сочетание ДБ с заболеваниями, обусловленными снижением сопротивляемости ткани (грыжи, хронические заболевания вен нижних конечностей, висцероптоз).

В этиопатогенезе ДБ важная роль отво-

дится изменению характера питания и образа жизни людей, произошедшего за последние 100 лет в индустриально развитых странах. Это подтверждает факт практического отсутствия дивертикулёза у сельских жителей Африки и Юго-Восточной Азии. Моделью распространения дивертикулёза на фоне индустриализации могут служить жители Северной Америки, где доля растительной клетчатки в пищевом рационе с конца XIX века уменьшилась в 10 раз, а дивертикулёз ободочной кишки здесь почти с одинаковой частотой наблюдается и у белых, и у темнокожих пациентов. Преобладание в рационе рафинированной пищи животного происхождения и недостаток нутриентов растительного происхождения, в том числе грубой волокнистой клетчатки, способствуют развитию «слабости» соединительной ткани.

При таком рационе существенно увеличивается число поперечных сшивков в коллагеновых волокнах, достоверно растёт доля III типа коллагена и возрастает концентрация эластина. Эти изменения резко ухудшают биомеханические свойства соединительной ткани, делают её более плотной и хрупкой. Необходимо отметить, что дивертикулы в 3 раза реже выявляются у вегетарианцев и чаще – у лиц с ожирением и сниженной двигательной активностью.

Дефицит растительной клетчатки, кроме того, приводит к уменьшению объёма и повышению плотности каловых масс, что инициирует нарушения двигательной активности ободочной кишки: даже на незначительное раздражение кишка реагирует в виде хаотичных сокращений перемешивающего типа. Как следствие формируются короткие замкнутые сегменты с повышенным внутрипросветным давлением. Параллельно с этим в стенке кишки снижается количество клеток Кахаля (основных пейсмекеров моторики) и уменьшается количество нейронов в интрамуральных ганглиях, что, в свою очередь, усиливает выраженность нарушений двигательной активности, образуя порочный круг.

В основе развития ДБ, в отличие от дивертикулёза, лежат воспалительные изменения в стенке дивертикулов. Задержка эвакуации содержимого из тела дивертикула через его узкую шейку приводит к образованию плотного комка, называемого фекалитом. При полной обструкции шейки дивертикула в его теле развиваются процессы воспаления, а в просвете накапливается экссудат. Если в результате размягчения фекалита воспалительным экссудатом не происходит его эвакуация через шейку в просвет кишки, то развивается реактивное воспаление окружающих дивертикул тканей, а затем – пропитывание окружающих тканей воспалительным экссудатом.

В зависимости от реактивных свойств организма и вирулентности инфекционного агента воспаление может варьировать от незначительного отёка окружающей кишку жировой клетчатки до перфорации дивертикула с развитием перитонита. После стихания острого воспалительного процесса не происходит полное восстановление структурной целостности стенки дивертикула. Дефекты стенки при этом заполняются грануляционной тканью, которая находится в постоянном контакте с агрессивным содержимым

Дивертикулярная болезнь ободочной кишки

толстой кишки с высокой концентрацией микроорганизмов.

Так как мышечный и подслизистый слои в дивертикуле отсутствуют, при разрушении базальной мембраны и собственной пластинки слизистой оболочки содержимое кишки контактирует не со стенкой кишки, а с окологидротической клетчаткой, создавая условия для перехода процесса в хроническую форму и развития рецидивов дивертикулита. При ДБ в стенке ободочной кишки развиваются специфические изменения мышечного слоя в виде его разволокнения и утолщения, но не за счёт гипертрофии, а вследствие деформации по типу синусоиды. Эти изменения максимально выражены в области воспалённого дивертикула и постепенно убывают по мере удаления от источника воспаления. Механизм развития кровотечения из дивертикула состоит в том, что при эвакуации фекалита через шейку, в её узкой части, происходит повреждение рыхлой отёчной слизистой оболочки. Именно в этом месте шейку дивертикула обвивают конечные ветви vasa recta.

Классификация

Большинство современных специалистов придерживаются классификации, разработанной в ГНЦ колопроктологии Минздрава России, которая позволяет оценить состояние, прогноз, а главное – выбрать правильную индивидуальную лечебную тактику. Выделяют:

Бессимптомный дивертикулёз ободочной кишки, классификационными признаками которого являются наличие дивертикулов при отсутствии каких-либо симптомов.

Клинически выраженный дивертикулёз – наличие дивертикулов и клинически выраженной симптоматики, происхождение которой может быть связано с наличием дивертикулов в ободочной кишке, при отсутствии признаков воспалительного процесса или кровотечения, источником которых является один из дивертикулов.

Дивертикулярная болезнь ободочной кишки – наличие дивертикулов, воспалительного процесса или кровотечения, источником которых является один или несколько дивертикулов ободочной кишки. Осложнения ДБ целесообразно разделять на острые и хронические.

Дивертикулы ободочной кишки совсем не обязательно являются причиной каких-либо жалоб или функциональных нарушений, не говоря уже о жизненно опасных осложнениях. Такое состояние описывается известным термином «**бессимптомный дивертикулёз**». В отсутствие клинических проявлений, функциональных нарушений или воспалительных изменений ни число дивертикулов, ни плотность их расположения, ни размер не имеют никакого значения.

К **острым осложнениям** ДБ относят воспалительные осложнения или кровотечения,

впервые возникшие в жизни. При остром воспалении наблюдается каскад типовых реакций, направленных на ликвидацию повреждающего агента. Если же повреждающий агент продолжает действовать, то происходит наложение разных фаз воспаления друг на друга и заболевание становится хроническим. К хроническим формам следует относить наблюдения, при которых добиться ликвидации воспалительного процесса не удаётся в течение более чем 6 недель или же в этот срок и позже развивается рецидив воспаления.

Под **дивертикулитом** следует понимать воспаление, локализующееся в самом дивертикуле и распространяющееся на прилежащую клетчатку и стенку кишки на расстояние менее 7 см без вовлечения в воспалительный процесс брюшной стенки или других органов брюшной полости.

Острый паракишечный инфильтрат (периколлическая флегмона) – это острый воспалительный процесс, при котором экссудат пропитывает соседние ткани и близлежащие органы, формируя пальпируемое опухолевидное образование размером ≥ 7 см без чётких границ.

Хронический паракишечный инфильтрат – это хронический воспалительный процесс, при котором образуется опухолевидное образование в брюшной полости и малом тазу размером ≥ 7 см или же распространяющийся на соседние органы.

Перфоративный дивертикулит – это разрушение стенок дивертикула воспалительным экссудатом с формированием гнойной полости (абсцесса) или развитием перитонита. Абсцесс может быть периколлическим, тазовым и отдалённым. Периколлический абсцесс может локализоваться на месте разрушенного дивертикула, в брыжейке кишки или же прикрыв ею и стенкой живота. При тазовом абсцессе стенками его, помимо кишки и таза, является как минимум один из тазовых органов. К отдалённым абсцессам относят межпетельные гнойники вне полости малого таза, а также локализованные в других анатомических областях брюшной полости.

Перитонит, как и при других гнойно-воспалительных заболеваниях брюшной полости, дифференцируют по характеру экссудата (серозный, фибринозный, гнойный, каловый) и распространённости (местный, диффузный, разлитой).

Выделены три варианта клинического течения хронического дивертикулита. **Непрерывное течение** наблюдается при сохранении признаков воспаления (по данным объективных и дополнительных методов обследования) без тенденции к их стиханию в течение не менее 6 недель с начала лечения острого осложнения и возврате клинической симптоматики в течение 6 недель после проведённого лечения. Непрерывное клиническое течение всегда наблюдается при свищах ободочной кишки и стенозе, возможно при

хроническом дивертикулите и хроническом паракишечном инфильтрате.

Рецидивирующее течение – это вариант клинического течения хронического дивертикулита, когда после полной ликвидации клинических проявлений осложнение развивается повторно. В интервалах между обострениями пациенты жалоб не предъявляют, а данные объективного и дополнительного обследования свидетельствуют об отсутствии классифицирующих признаков осложнений. Рецидивирующее течение наблюдается при хроническом дивертикулите, хроническом паракишечном инфильтрате, толстокишечных кровотечениях.

К **латентному течению** (без клинической манифестации) относят наблюдения, когда у пациента при эндоскопическом обследовании выявляют дивертикул с гнойным отделяемым без каких-либо клинических проявлений и без признаков перехода воспаления на окружающую клетчатку.

Кроме того, латентное течение констатируют в ситуации, когда имеет место разрушение дивертикула с формированием паракишечной полости («неполный внутренний свищ») без соответствующей клинической симптоматики в виде эпизодов болей, лихорадки или же наличия опухолевидного образования в брюшной полости или тазу. Латентное течение характерно также для стеноза ободочной кишки, ведущим клиническим признаком которого является нарушение проходимости по кишке.

Образование рубцово-воспалительной стриктуры в такой ситуации протекает в течение длительного периода времени (≥ 2 лет) и не сопровождается яркими клиническими проявлениями, а незначительная коррекция диеты приводит к уменьшению симптомов осложнения. При этом хронический воспалительный процесс локализуется преимущественно интрамурально, а не в окружающих тканях, как при хроническом паракишечном инфильтрате.

Свищи ободочной кишки разделяют на **внутренние** и **наружные**. К внутренним относят коло-везикальные, коло-вагинальные, коло-цервикальные и илеоколические. Другие варианты внутренних свищей, например образование свища с тощей кишкой, маточной трубой, уретрой, мочеточником, крайне редки. К редким также относятся случаи, когда гнойная полость имеет патологическое сообщение с внешней средой как через переднюю брюшную стенку, так и через органы брюшной полости и/или таза.

Согласно рекомендациям Всемирной организации гастроэнтерологов (2005) следует выделять **отдельные особые формы дивертикулярной болезни: дивертикулёз правых отделов толстой кишки; ДБ у лиц со сниженным иммунитетом; подострый дивертикулит; «тлеющий» дивертикулит; дивертикулит, рецидивирующий после резекции дивертикулов ободочной кишки.**

Дивертикулы правых отделов толстой кишки у европейцев встречаются редко и более характерны для жителей азиатских стран. Они, как правило, обнаруживаются в возрасте 25-50 лет. Чаще бывают истинными. Отличаются большей склонностью к кровотечениям, хотя дивертикулы слепой кишки чаще осложняются дивертикулитом, что может вызывать значительные дифференциально-диагностические сложности. ДБ у пациентов со сниженным иммунитетом (у лиц, страдающих тяжёлыми инфекционными заболеваниями, сахарных диабетом, почечной недостаточностью, циррозом печени, злокачественными новообразованиями, получающих химиотерапевтические препараты и иммуносупрессивную терапию, в том числе кортикостероиды) характеризуется малой выраженностью клинических проявлений и склонностью к осложнённому течению заболевания (прежде всего перфорациям). Это определяет частую необходимость хирургического лечения и высокую послеоперационную летальность.

Следует отметить, что кортикостероидные гормоны и НПВП могут вызывать обострение дивертикулита. Полагают, что данные препараты маскируют обычные симптомы дивертикулита на ранних стадиях, поэтому правильный диагноз устанавливают довольно поздно – уже при развитии осложнений. Термином «подострый дивертикулит» гастроэнтерологи рекомендуют обозначать формы острого дивертикулита тяжёлого и умеренно тяжёлого течения, когда проводимая антибактериальная терапия не приводит к полному разрешению клинических симптомов.

У пациентов сохраняются боли в левой подвздошной области, нарушения функций кишечника, повышение температуры до субфебрильных цифр. «Тлеющим» дивертикулитом предложено обозначать такие формы заболевания, когда у больных с доказанным дивертикулёзом ободочной кишки, протекающим без лихорадки и лейкоцитоза, на протяжении 6-12 месяцев отмечаются боли в левой подвздошной области, расстройства функций кишечника. Дивертикулит, рецидивирующий после резекции толстой кишки по поводу ДБ, встречается у 1-10% пациентов, перенёвших данную операцию.

(Окончание следует.)

Павел АНДРЕЕВ,
врач-колопроктолог клиники
госпитальной хирургии,
кандидат медицинских наук.

Вячеслав ИСАЕВ,
профессор кафедры и клиники
госпитальной хирургии,
доктор медицинских наук.

Сергей КАТОРКИН,
доцент кафедры и клиники
госпитальной хирургии,
кандидат медицинских наук.

**Самарский государственный
медицинский университет.**

Контагиозные геморрагические лихорадки

(Окончание. Начало в № 25 от 08.04.2015.)

Отёк лёгких

Развивается на фоне выраженного фибринолиза при наличии 2-3 вышеперечисленных осложнений за 6-40 часов до смерти больного.

Серологическая и вирусологическая диагностика

При назначении специфической диагностики возбудителя необходимо помнить:

Определение вируса в крови, моче, носоглоточном смыве, слюне и других парентеральных жидкостях вирусологической диагностики и методом ПЦР возможно с начала температурной реакции до 7-го дня в остром периоде при лёгком и среднетяжёлом течении. Количество антигена с 1-го к 7-му дню нарастает от 20 до 100 раз, а при применении специфических Ig, наоборот, падает или остаётся на уровне в обратной зависимости от дозы введённого IgE.

В первые 2 суток лихорадочного периода ПЦР к возбудителям КГЛ может быть отрицательной или сомнительной, особенно в случае применения препаратов иммуноглобулинов. При этом возможно определение возбудителей ОРЗ и гриппа до 3 суток.

При лечении глюкокортикоидами в инкубационном периоде и первые 3 дня болезни у больных с тяжёлой и крайне тяжёлой формой возможно определение вируса до 10-го дня и после, что можно рассматривать как неблагоприятный прогностический признак в отношении рецидивов.

Собственные антитела к возбудителям КГЛ появляются с 7-х суток. С 7-го по 10-й

день концентрация антител обратно пропорциональна вирусемии, это «серый» период (когда вирус или антитела могут не определяться). «Классический» серологический критерий (нарастание титра Ig в 4 раза за 2 недели) при КГЛ – ретроспективное подтверждение диагноза.

Для прогнозирования поздних осложнений определение Ig необходимо проводить не по последнему разведению (с шагом разведения в 2 раза), а титрованием последнего положительного разведения до точного значения с заранее известной погрешностью. Только при этом выявляемое снижение или недостаточный уровень Ig с 23-26-го дня к 35-40-му дню можно достоверно расценивать как признак возможности их развития.

Тяжесть течения болезни

В связи с тяжестью и высокой летальностью развивающихся синдромных осложнений, сроками лечения и реабилитации, прогнозом при КГЛ целесообразно ввести оценку течения болезни:

Тяжёлая – наличие осложнений ТГС, развитие некротических изменений на 4-5-е сутки болезни (проявляется слияннем двух волн лихорадки с 1-го по 7-й день и с 9-го по 12-й день в единый лихорадочный период), экхимы с некрозами.

Среднетяжёлая – наличие второй волны лихорадки.

Лёгкая форма – кроме отсутствия признаков более тяжёлых форм для неё характерно:

- ПДФ выше нормы в течение 2 дней на 5-8-е сутки;
- превышение АЧТВ нормы на 4–7-е сутки;
- легко устранимые заместительной терапией до нормальных значений сдвиги в коагулограмме;

– отсутствие клинических симптомов ТГС, кроме петехий и данных дополнительных исследований.

Прогноз

Неблагоприятный прогноз при наличии одного из состояний: уровень V или VIII факторов свёртывания крови 150% и выше, Ат III менее 70%, уровень протеина С и S (МНО менее 0,8), С-реактивного белка более 3 мг/л, уровень ПДФ, РФМК больше нормы – в инкубационном периоде, крайне тяжёлое состояние больного, печёночная недостаточность, тромбоз мезентериальных сосудов, наличие не компенсированных тяжёлых аллергических реакций, панкреонекроз, отсутствие положительной динамики от полноценно проводимого лечения при аддисоническом кризе в течение 12 часов и выраженная активация XII фактора при панкреатите – в периоде манифестации заболевания.

Серьёзный прогноз при наличии одного из состояний: базовый уровень С-реактивного белка 1-3 мг/л или выявленные нарушения в системе коагуляции и ангиопатии в инкубационном периоде (полиглобулия, уровень гомоцистеина в крови выше 11 мкг/м, количество тромбоцитов более 500 $\times 10^9$ /л, концентрация фибриногена выше 5 г/л, активация и гиперагрегация тромбоцитов, активация протромбина или метилентетрагидрофолатредуктазы больше нормы), абсолютная лимфопения < 0,5 $\times 10^9$ /л, компенсированный аддисонический криз, панкреатит, тяжёлая аллергическая реакция, однократное снижение уровня Ат III до 50% и кальция < 0,5 ммоль/л, продолжение роста уровня ПДФ, РФМК, АСТ, с падением

содержания VIII фактора и протеина С и других факторов свёртывания, появившиеся на 2-3-и сутки развития болезни и продолжающиеся, несмотря на полноценную терапию, на 4-е сутки болезни.

Благоприятный прогноз: базовый уровень С-реактивного белка < 1 мг/л и отсутствие нарушений в системе коагуляции в инкубационном периоде, инкубационный период 8 и более суток, среднетяжёлое и лёгкое течение заболевания.

Сроки лечения тяжёлой и среднетяжёлой формы с учётом неврологических поражений и реабилитации 3–6 месяцев и более до окончательного исхода.

Заключение

В настоящее время плановый допуск для работы с возбудителями КГЛ в Российской Федерации осуществляется при отсутствии противопоказаний для работы с ПБА I, его надо расширить до объёма обследования, перечисленного в разделе, посвящённом обследованию инфицированного, только тогда получится избежать смертельных случаев среди этой категории сотрудников.

Если вы прочитаете одного больного с КГЛ на территории РФ, то, с большой долей вероятности, заключительную дезинфекцию к вам придут проводить посторонние люди, которые не знают правила дезинфекции лабораторного и анестезиологического оборудования и без вашего контроля могут его испортить.

Александр НОВОСЕЛЬЦЕВ,
заведующий отделом взаимодействия
с муниципальными и государственными
учреждениями.

**Территориальный центр медицины катастроф
Московской области.**

– Борис Дмитриевич, ровно 4 года назад вы были назначены на должность главного психиатра Департамента здравоохранения Москвы. Надо сказать, за этот период произошли разительные перемены в психиатрической службе столицы благодаря вашему непререкаемому авторитету не только среди коллег, но и в правительстве Москвы. С чего вы хотите начать работу в новом для вас статусе главного психиатра ЦФО?

– Как видите, мы собрались, чтобы не только услышать о проблемах психиатрической службы субъектов ЦФО, которые, конечно же, легче решать общими усилиями, но и прежде всего, рассказать и показать, как работаем мы, психиатры Москвы и Московской области. Признателен, что наше первое заседание посетил Зураб Ильич Кекелидзе, который, будучи главным психиатром Минздрава России, приложил достаточно усилий, чтобы у каждого федерального округа был свой главный специалист, что, в общем-то, наконец и произошло. Главный психиатр Московской области Александр Александрович Козлов назначен совсем недавно, и взаимодействие мы будем обязательно.

– Говоря о состоянии психиатрической помощи в Москве, вы всегда уделяете много внимания мерам по её улучшению, которые сравнимы с кардинальными переменами...

– Герберт Уэллс сказал: «Там, где нет перемен и необходимости в переменах, разум погибает». Итак, переходя к теме нашего первого заседания, надо сказать, что в соответствии с Постановлением правительства Москвы № 114 от 07.04.2011 «О Программе модернизации здравоохранения Москвы на 2011-2013 гг.» в 2012 г. проведена реорганизация профильных медицинских учреждений Москвы, а концепция развития психиатрической помощи в Москве формировалась в соответствии с 2 ключевыми приказами: приказом Минздравсоцразвития России № 566 от 17.05.2012 «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения» и приказом Департамента здравоохранения Москвы № 365 от 17.04.2013 «О совершенствовании оказания психиатрической помощи населению».

Цель наших преобразований – это не просто создание оптимальных условий для выявления, лечения и профилактики психических заболеваний. Понимаете, всё вместе взятое необходимо сделать в наименее ограничительных условиях, формируя толерантное отношение общества к психически больным людям и снижая социальное и экономическое бремя от психических расстройств. Исходя из целей преобразований ставятся понятными приоритетные задачи, в число которых входят совершенствование стационарной психиатрической помощи, развитие внебольничных организационных форм психиатрической помощи, совершенствование специализированных форм психиатрической помощи и укрепление социальной защиты лиц с психическими расстройствами.

– Но всё же, что из вышеперечисленного мы можем обозначить как основное изменение?

– Безусловно, это – переориентация службы с чисто медицинской модели оказания помощи на принципы биопсихосоциального подхода. Компонентами реформирования должны стать сокращение психиатрических коек, профилактика регоспитализаций и система мероприятий по внебольничной поддержке. Этому способствует трёхуровневая структура психиатрической службы Москвы. Амбулаторная помощь первого уровня включает выявление, диагностику

Авторитетное мнение

Где нет перемен, разум погибает

Главный психиатр Департамента здравоохранения Москвы Борис Цыганков назначен главным психиатром Центрального федерального округа

В Центральном федеральном округе самая высокая в России плотность населения, он является крупнейшим в России по численности населения. Также высока доля городского населения – более 80%. Как известно, ЦФО состоит в основном из небольших, но густонаселённых областей, причём около половины населения проживает в Москве и Подмосковье. В связи с этим абсолютно логичным является назначение главным внештатным специалистом психиатром ЦФО доктора медицинских наук, профессора, заслуженного деятеля науки РФ Бориса Цыганкова, являющегося в последние 4 года главным психиатром Департамента здравоохранения Москвы и досконально знающего специфику столичной психиатрической службы.

Недавно в психиатрической клинической больнице № 1 им. Н.А.Алексеева Департамента здравоохранения Москвы состоялось первое заседание главных психиатров субъектов ЦФО, с которыми встретились Борис Цыганков, главный психиатр Минздрава России, директор Федерального медицинского научного центра психиатрии и наркологии Минздрава России профессор Зураб Кекелидзе и заместитель по науке этого учреждения, главный психиатр Минздрава Московской области, профессор Александр Козлов. Корреспондент «МГ» доктор медицинских наук Наилия САФИНА побеседовала в рамках этого заседания с Борисом ЦЫГАНКОВЫМ.

и лечение в условиях поликлиники и психоневрологического диспансера. Второй уровень также представлен амбулаторной помощью, но это уже уточнение диагноза, дополнительные обследования, лечение, реабилитация. Третий уровень есть не что иное как стационарная помощь, основанная на лечении острых психозов, углублённом обследовании, в том числе и принудительном лечении.

– Какими темпами идёт сокращение психиатрических коек в Москве?

– В 2011 г. насчитывалось 13 психиатрических больниц, или почти 13 700 коек. Через 2 года психиатрических больниц осталось 12 и коек соответственно около 11 900. В прошедшем году психиатрических больниц стало 11, а коек – порядка 9500. Количество дневных стационаров осталось неизменным – 27. Начиная с 2011 г. мы столкнулись с несколькими проблемами психиатрической стационарной помощи в Москве. Во-первых, это высокий уровень госпитализации – 46,6 на 100 тыс. населения. Во-вторых, наблюдалась большая средняя длительность пребывания больных в стационаре при каждом поступлении. Так, например, все больные проводили 77 койко-дней, а больные психозами – 101 койко-день. Мало того, процент больных, находящихся в стационаре больше года, был неоправданно высок – 22%. В этих же пределах наблюдался уровень повторных поступлений в стационар в том же году, причём особенно много было больных психозами и шизофренией. Обеспеченность койками на 10 тыс. населения составляла почти 12,5, а средняя площадь на 1 койку – 4 м². Несмотря на большую проведённую организационную работу, приходится констатировать, что московские психиатрические стационары практически не располагают отделениями, полностью отвечающими современным санитарно-гигиеническим нормам. На сегодняшний день не представляется возможным разместить в них различные контингенты больных в

соответствии с указанными требованиями.

– Это хорошо, что вы даёте статистику по Москве. По крайней мере есть на что равняться регионам...

– Сейчас мы, то есть психиатрические службы Москвы и ЦФО, находимся на стадии формирования видения межрегионального сотрудничества. Судя по первому совещанию главных психиатров областей, в регионах ЦФО есть определённые перспективы развития, чему способствуют и стационарозамещающие технологии, и государственно-частное взаимодействие, и организация соматопсихиатрических отделений. Тем не менее в Москве, в отличие от регионов, показатель летальности низкий. Безусловно, этому есть объяснение: московская психиатрическая служба обеспечена кадрами даже не хорошо, а очень хорошо, учитывая, что средняя зарплата врача-психиатра московской городской психиатрической больницы гораздо выше, чем в других субъектах Российской Федерации. Ведь это ни для кого не секрет, что у нас работают многие из близлежащих регионов.

– Какими основными проблемами делились с вами на совещании главные психиатры областей ЦФО?

– Действительно, есть ряд вопросов, которые, по мнению, главных психиатров регионов, они не могут решить самостоятельно. Так, например, в Воронежской области наблюдаются дефицит психотерапевтов и высокий уровень суицидов, в связи с чем прозвучало пожелание улучшить качество подготовки специалистов по суицидологии. Костромская область также бьёт тревогу, что не хватает кадров. В Липецкой области считают, что надо изменить законодательную базу на предмет запрещения существующего в настоящее время отказа от льготного лекарственного обеспечения. У них более чем в 70% случаев больные отказываются от этой льготы, что негативно сказывается на росте заболеваемости. Из доклада главного психиатра Минз-

драва Рязанской области следует, что в регионе даже не кадровый голод, а кадровая катастрофа.

– То есть проблемы одни и те же. Но с чего-то же надо начинать?

– Прежде всего, надо повышать образовательный уровень докторов. Когда я был в 1992 г. на стажировке в США, то меня тогда удивило, что американская психиатрия основана на монотерапии. А у нас даже и сейчас процветает полифармакотерапия по принципу – какой-то препарат действует на пирамидную систему, другой – на метаболизм, третий – ещё на что-то. Будучи председателем комиссии по присвоению категорий, скажу, что мы порой идём не только на снижение категории доктора, но даже на снятие таковой. Надо сказать, проблема образования очень сложная, учитывая, что и кафедр в Москве очень много. Мы стимулируем своих врачей регулярно заниматься, постоянно собирая их на городские конференции, и точно таким же образом будем достаточно часто встречаться и с главными психиатрами ЦФО, вовлекая их в образовательный процесс. Согласен с приехавшими на совещание главными психиатрами по поводу назревших проблем в суицидологической службе. Приходится констатировать, что они есть и в Москве. В первую очередь надо отметить отсутствие необходимых штатных нормативов для суицидологической службы и отсутствие их целевого финансирования, в связи с чем далеко не во всех ПНД и поликлиниках функционирует суицидологический кабинет. Имеет место недостаточная оснащённость суицидологических кабинетов. В основном кабинеты создавались из внутренних резервов ПНД и поликлиник – из переоборудованных психотерапевтических или подсобных кабинетов, и, соответственно, часто в них нет необходимых условий для проведения консультаций такой сложной категории пациентов, как суициденты.

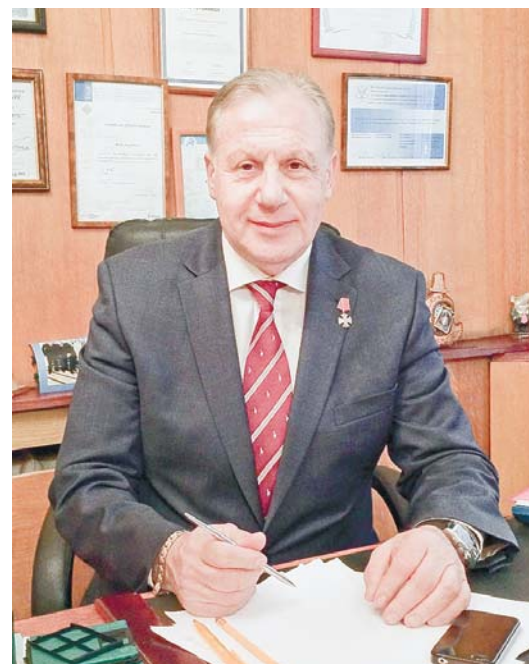
– В регионах даже ЦФО, на-

верное, в новинку такая структура, как «психиатрическое отделение неотложной помощи», организованная полтора года назад на базе психиатрической больницы № 3 им. В.А.Гиляровского?

– Сейчас мы собрали копии статистических отчётов за период с 2012 по 2014 г. и постараемся проанализировать состояние психиатрической службы всего округа. Спустя определённое время мы будем лучше знать и состояние психиатрической службы в каждом регионе, и перспективы развития, и лекарственное обеспечение. В Москве же пока функционируют 3 врачебные бригады психиатрического отделения неотложной помощи (ПОНП). Основная их задача – оказание первичной специализированной помощи населению на дому при психических расстройствах, не требующих экстренной специализированной помощи и не опасных для жизни. Неотложная помощь берёт на себя функцию купирования обострения, взаимодействия с диспансером, стационаром и скорой психиатрической помощью, осуществляет контроль за качеством амбулаторной помощи. Только за первые 3 месяца работы бригадами ПОНП было выполнено 897 вызовов. Госпитализация в психиатрический стационар потребовалась лишь в 12% случаев от общего количества вызовов ПОНП. Кстати, для сравнения, число госпитализаций при выезде врачебными бригадами «скорой» составляет 65%. Проведение мониторинга качества амбулаторной помощи в 2014 г. показало снижение количества дефектов в работе в 3 раза. На обслуживаемой территории отмечаются одновременное снижение госпитализаций и вызовов скорой психиатрической помощи.

– Борис Дмитриевич, редакция «МГ» поздравляет вас с назначением на должность главного психиатра ЦФО. Как видим, работа кипит...

Москва.



«Современные пути профилактики и лечения туберкулёза в России» – в конференции на эту злободневную тему приняли участие авторитетные отечественные фтизиатры, руководители специальных учреждений, организаторы здравоохранения, представители ряда международных партнёрских организаций.

Несмотря на трудности

– У нас в стране удалось не только остановить эпидемию туберкулёза, но и добиться снижения за последние 8 лет более чем на 28% – заболеваемости, более чем на 50% – смертности от недуга, – отметила помощник министра здравоохранения Ляля Габбасова. Сказалась реализация продуманных федеральных и региональных программ, нацеленных на противодействие грозной болезни, подкреплённых достаточно высоким уровнем финансирования. И сегодня, несмотря на определённые экономические трудности, поток средств на эти цели из федерального и региональных бюджетов не сокращается.

В указе Президента РФ (май 2012 г.) была поставлена задача снизить к 2018 г. смертность от туберкулёза до 11,8 на 100 тыс. населения. Работа не прошла даром. По предварительным данным, в 2014 г. нам удалось «опустить» заболеваемость более чем на 5,5%, смертность – более чем на 11%.

Проблема туберкулёза требует серьёзного межведомственного взаимодействия, социальной, психологической поддержки больных. Не секрет: у нас болеет в основном трудоспособная часть населения – с 18 до 44 лет... В обстановке возрастающей миграции населения растёт число встреч с самой опасной его формой – туберкулёзом с множественной лекарственной устойчивостью, проходящим на фоне ВИЧ-инфекции. Ситуация остаётся достаточно напряжённой.

В борьбе с лекарственно-устойчивыми микобактериями российская медицина использует средства федерального бюджета, приобретая дорогостоящие препараты, различные диагностические средства. Надо отметить, что 3 российские лаборатории в этом году были номинированы на включение в сеть международных референс-лабораторий.

Важным шагом стала разработка комплексных планов по снижению смертности от социально значимых заболеваний, в том числе от туберкулёза. Они доведены до регионов и стали рабочим инструментом специалистов – от первичного звена до самого высокого уровня в системе оказания медицинской помощи. В течение года мы смогли сохранить более 1800 жизней больных туберкулёзом, казалось бы, обречённых на гибель...

В Российской Федерации успешно функционирует межведомственный координационный орган в формате Рабочей группы высокого уровня по туберкулёзу. Рабочая группа создана по инициативе Минздрава России и Всемирной организации здравоохранения для эффективного диалога российских и

международных специалистов и разработки рекомендаций по совершенствованию стратегии и тактики борьбы с тяжёлой болезнью. Стратегия партнёрства реализуется под девизом «Остановить туберкулёз».

Держать под контролем

Напомнив о бедах, которые несёт недуг, специальный представитель ВОЗ в России Луиджи

всплеск социально значимых заболеваний, и в частности туберкулёза. По оценке ВОЗ, Российская Федерация продолжает входить в число стран с высоким бременем туберкулёза, отметила Т.Касаева.

Внимание участников встречи было обращено на то, что во всём мире идёт нарастание случаев туберкулёза с множественной лекарственной

кулёзный препарат с принципиально новым механизмом действия. Хочется надеяться, что это лишь начало. Зарубежная разработка уже взята на вооружение, препарат будет производиться и в нашей стране.

Проблемам детского туберкулёза в стране было посвящено выступление главного детского фтизиатра Минздрава России Валентины Аксёновой. Были

отдалённых регионов было бы полезно пройти курс лечения в здравницах европейской части страны, однако сделать это очень непросто: сказывается дороговизна транспорта...

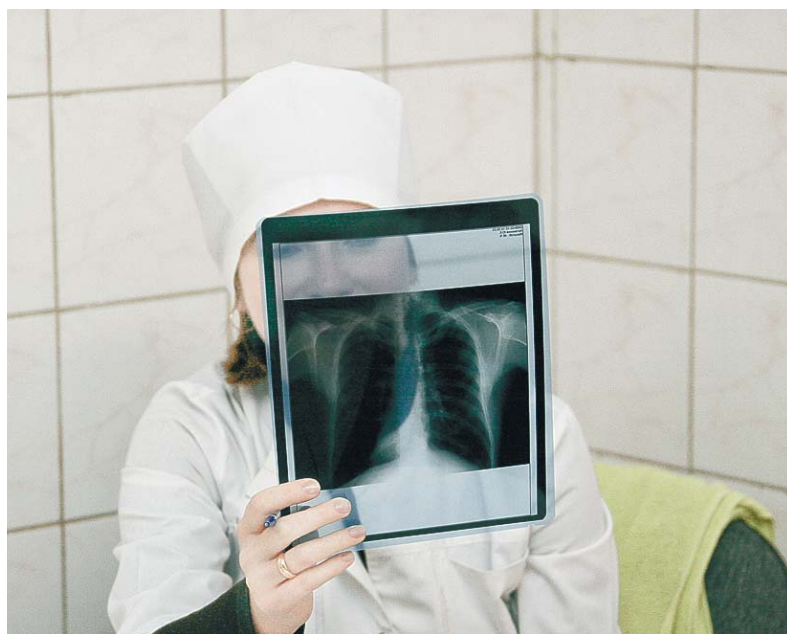
Требуется бдительность

Существует распространённое мнение, что ответственность за распространение туберкулёза во многом несёт

Деловые встречи

Пружина на боевом взводе

На палочку Коха продолжается упорное наступление



Миглиорини подчеркнул: именно поэтому так важно держать под контролем заболевание. Его можно предотвратить и вылечить. ВОЗ положительно оценивает работу Министрства здравоохранения Российской Федерации, направленную на совершенствование подходов к лечению туберкулёза в стране. Но проблем ещё много, в том числе недостаточная диагностика. Поэтому необходимо продолжать упорную работу, нужен концептуальный подход к достижению поставленных целей.

В своём выступлении заместитель директора Департамента организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела Минздрава России Тереза Касаева привела данные Федерального центра мониторинга противодействия распространению туберкулёза: в нашей стране в 2013 г. по сравнению с 2012 г. более чем на 7% снизилась заболеваемость впервые выявленными активными формами туберкулёза.

Отмечается тенденция к снижению заболеваемости туберкулёзом среди детей в возрасте до 14 лет.

Однако, несмотря на достигнутое, ситуация в стране остаётся напряжённой. Существенную негативную роль в этом сыграл кризис 2000-х годов, который спровоцировал

устойчивостью. Сегодня на планете таких больных около полумиллиона человек. В России появились современные методики, позволяющие быстро, в течение 1–2 дней выявлять подобную устойчивость. Раньше на это уходило до 3 месяцев. Разработаны алгоритмы и схемы адекватной терапии. Это позволяет назначать лечение оперативно и адресно, сделать его максимально комфортным.

Впрочем, одних медицинских мер недостаточно. Минздравом совместно с экспертами, с профессиональным сообществом разработана региональная типовая программа – на повышение качества, эффективности, медицинской помощи больным туберкулёзом, вовлечение в эту работу самих пациентов...

С новыми подходами

Говоря о проблеме лекарственного обеспечения, главный фтизиатр Минздрава России Ирина Васильева подчеркнула: фтизиатры ждут появления новых препаратов, которые позволят лечить заболевание за более короткий период. Сейчас на это уходит от полугода до 2 лет при ежедневном приёме лекарств. Конечно, подобная ситуация создаёт проблемы для пациентов. Есть первые обнадеживающие результаты. Впервые за 45 лет ВОЗ в 2013 г. одобрила новый противотубер-

периоды, когда у нас встречались заболевания менингитом. Сегодня можно сказать, что в стране пока тонкая, но почти стабильная ситуация с заболеванием детского населения. Приоритет во фтизиопедиатрии – профилактика, особенно в группах риска, раннее выявление недуга. На вооружении медиков – новые технологии, новые методики, в том числе дифференциальной диагностики.

Особое внимание обращено на работу с детьми, входящими в группы риска. Поначалу это дало рост показателей туберкулёза – за счёт лучшего его выявления. Но к началу этого года порадовали хорошие данные, свидетельствующие о снижении на 11% заболеваемости среди детей. К сожалению, проблемы повторяются: та же множественная лекарственная устойчивость... Растёт число случаев заболеваний детей из благополучных семей. Кое-где стали забывать об эффективной вакцинопрофилактике, разработанной ещё Робертом Кохом. Сегодня у нас практически нет туберкулёзных менингитов – 12 случаев в год на страну, в основном за счёт асоциальных семей, не более 50 случаев костного туберкулёза...

Говоря о внелёгочных формах туберкулёза, необходимо помнить, что палочка Коха способна поразить практически любой орган. По локализации различают туберкулёз костно-суставной (встречается у 47% всех больных внелёгочным туберкулёзом), мочеполовых органов (37%), глаз (5,5%), мозговых оболочек (менингит – 4%), лимфатических узлов (2,5%) и т.д. При такой локализации выявить палочку Коха сложнее. Требуются специальная подготовка врачей разного профиля, определённые навыки. Зачастую долгое время детей лечат от неспецифических заболеваний, хотя они больны туберкулёзом. Здесь ещё предстоит немало поработать.

Сегодня тяжёлые внелёгочные формы туберкулёза встречаются сравнительно редко. Что тревожит? Детям из Сибири, с Камчатки, Дальнего Востока, из

Федеральная служба исполнения наказаний. Развешивая этот миф, начальник Управления организации медико-санитарного обеспечения ФСИН России Сергей Воробей рассказал о целенаправленной работе, которая проводится с заключёнными для снижения уровня заболеваемости и смертности. Все, у кого выявлен туберкулёз, – на строгом учёте, по группам наблюдений в лечебно-исправительных учреждениях. Здесь нельзя не лечиться. 69% используемых препаратов направлены на борьбу с туберкулёзом. Ситуацию, конечно, утяжеляет распространение ВИЧ-инфекции: за последние годы случаи заболевания возросли в сотни раз...

Выступавший напомнил афоризм французского политика и дипломата Талейрана: «Война – слишком серьёзное дело, чтобы доверять её только военным»... В системе ФСИН обеспечивается рассредоточение больных. В Колпино Ленинградской области открывают новый следственный изолятор, где условия содержания заключённых соответствуют европейским нормам. Некоторые заключённые сознательно уходят от лечения, рассчитывая на поблажки в содержании. С ними проводится индивидуальная работа... В системе трудятся более тысячи опытных фтизиатров. Они передают бывших заключённых под контроль гражданских медиков.

...Старейшина отечественной фтизиатрии Зинаида Ролье в далёком 1919 г. возглавила первую в советской России детскую школу-санаторий в Москве, в Сокольниках. Став известным профессором, она не однажды отмечала: палочка Коха очень коварна. Это пружина, которая способна затаиться на годы, чтобы при благоприятной ситуации мгновенно сработать. Мировая практика даёт убедительные примеры тому, подтверждая: туберкулёз требует от медиков постоянной бдительности.

Михаил ГЛУХОВСКИЙ,
корр. «МГ».

Фото
Александра ХУДАСОВА.

Эстетическая медицина – одна из самых молодых и в то же время наиболее стремительно развивающихся областей клинического сегмента отрасли. С тех пор как пластическая хирургия и косметология были официально включены в список специальностей, утверждённый Минздравом России, прошло уже 6 лет. За это время в отечественных медицинских вузах появились кафедры, выступающие крупными образовательными площадками в сфере эстетической медицины. В нашей стране стали проводиться и международные конгрессы с участием ведущих мировых экспертов в этой области. Об этом и о многом другом в интервью «Медицинской газете» рассказала заведующая кафедрой пластической и реконструктивной хирургии, косметологии и клеточных технологий РНИМУ им. Н.И.Пирогова, главный пластический хирург Минздрава России и Департамента здравоохранения Москвы, доктор медицинских наук Наталья МАНТУРОВА.

– Наталья Евгеньевна, что дало вхождение пластической хирургии в реестр специальностей Минздрава?

– Прежде всего у нас появилась возможность формирования специалистов с учётом единой междисциплинарной образовательной программы. До этого всё было весьма хаотично. Люди шли в нашу профессию буквально отовсюду: из стоматологии, челюстно-лицевой хирургии, травматологии и т.д. – одним словом, у кого какие были возможности. В настоящее время ситуация существенно изменилась: программа создана и подписана на уровне Министерства здравоохранения.

Необходимо понимать, что пластическая хирургия – это не только эстетические операции, направленные на изменение человеческой внешности. Наша область представляет собой симбиоз различных хирургических дисциплин. Собственно говоря, современная программа подготовки пластических хирургов в России не уступает аналогичным программам за рубежом и даже в чём-то опережает их. Дело в том, что мы её дополнили клеточными технологиями, которые, на наш взгляд, в будущем станут доминировать над хирургией.

– Вот уже год как вы являетесь главным внештатным специалистом Минздрава. В чём заключается ваша деятельность на этом поприще?

– Не могу сказать, что это какой-то новый вызов для меня. По сути, ничего принципиально нового я не делаю. Продолжаю активно заниматься развитием кафедры, которой руковожу более 5 лет. Провожу множество образовательных мероприятий с целью повышения качества подготовки специалистов. Так, к примеру, в декабре этого года планируется крупный конгресс с международным участием, где, помимо всего прочего, мы озвучим ряд организационных новшеств в нашей специальности, связанных, прежде всего, с грядущей в 2016 г. аккредитацией медицинских работников.

– Каким образом проходит образовательный процесс на возглавляемой вами кафедре?

– Как я уже заметила выше, основной принцип деятельности кафедры зиждется на междисциплинарном подходе к освоению искусством пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. Клиническими базами кафедры являются ведущие хирургические учреждения нашей страны – это и ЦНИИ стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, и Российский научный центр хирургии им. Б.В.Петровского, и Институт хирургии им. А.В.Вишневского, и ЦНИИ травматологии и ортопедии им. Н.Н.Приорова, и НИИ нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко, а также ряд частных медучреждений, где и проходит это освоение.

– Путь в пластические хирурги – каков он?

– На сегодняшний день, согласно приказу Минздрава России № 415н, пластическим хирургом можно стать, обучаясь 2 года в ординатуре по нашей специальности. Для того чтобы быть при-

Беседы с главными специалистами

Именем красоты

О положении дел в эстетической медицине на сегодняшний день



нятым в ординатуру, требуется 6 лет вузовского образования на лечебном или педиатрическом факультете с последующей специализацией по общей хирургии.

Наряду с этим существует профессиональная переподготовка, варьирующаяся от 500 до 720 часов. Переобучение имеют право проходить врачи, имеющие сертификаты по следующим специальностям: общая хирургия, детская хирургия, травматология и ортопедия, акушерство и гинекология, урология, а также торакальная хирургия.

Однако мы надеемся, что в скором времени обучение будет проходить исключительно в ординатуре в течение 5 лет. На 1-м и 2-м годах обучения молодые врачи смогут овладеть основными общехирургическими навыками, необходимыми для становления специалиста в области пластической и эстетической хирургии. Материальный вопрос – вопрос о стипендиях – в данном случае отнюдь немаловажен для нас, и мы его будем решать в обязательном порядке.

Также мы планируем ввести нашу специальность в систему Высшей аттестационной комиссии с формированием соответствующих диссертационных советов.

– Известно, что в области эстетической медицины у нас отмечается явный профицит кадров...

– Да, это так. Например, во Франции ежегодно готовят не более 12 пластических хирургов, а в Великобритании общее количество наших коллег составляет всего-навсего 150 человек, в то время как в нашей стране их насчитывается свыше 5 тыс. Конечно, это, мягко говоря, «перебор», даже несмотря на численность населения России. Здесь нужно исходить из ряда условий, диктующих необходимое количество

пластических хирургов. Мне сложно ответить в масштабах всей страны, однако, на мой взгляд, в Москве можно ограничиться ежегодной подготовкой 10-15 специалистов.

– Насколько сложно происходит процесс трудоустройства «свежеиспечённых» пластических хирургов?

– Видите ли, отраслевая кадровая политика в целом на сегодняшний день недостаточно понятна и не до конца прозрачна.

люди не до конца понимают специфику нашей профессии. Честное слово, устаёшь объяснять, что наша специальность – это не только эстетика, которая, кстати говоря, занимает лишь 6% в образовательных программах по пластической хирургии как за рубежом, так и у нас. Наша область представляет собой многогранный симбиоз хирургических специализаций.

Думается, что результаты работы отдельно взятых некомпе-

тельной почвой для молодости и свежести поверхностных кожных структур. Благодаря этой технике мы получаем очень хорошие результаты.

Что же до липосакции, то здесь не всё однозначно. Очень многое зависит от показаний. Данная операция в «голом виде» может навредить. Если за неимением иных вариантов ещё 10-15 лет назад липосакция пользовалась необычайной популярностью, то сейчас – нет.

тентных специалистов, всячески раздуваемых СМИ, явились причиной появления такой цифры, а также «публичной порки» всех поголовно. Цифры – цифрами, но я больше доверяю реальным фактам: могу гарантировать, что мои коллеги уверенно лидируют по общему числу проводимых операций среди всех представителей хирургического мира. У них расписаны все дни – с утра до вечера, а то и ночные часы.

– Работают ли пластические хирурги в государственном секторе отрасли?

– В штате всех крупных столичных больниц уже есть пластический хирург, и если его услуги показаны больному по витальным (жизненным) показаниям, то проводятся они бесплатно. В случае же вопросов, не касающихся угрозы для жизни, операция проводится за деньги пациента – через кассу стационара.

– Можно ли заниматься косметическими операциями, не имея опыта в «большой» хирургии?

– Однозначно – нет. Специалист, желающий проводить эстетические вмешательства, должен, что называется, «набить руку» в других областях хирургии в течение 5-10 лет. Только тогда его можно допускать к косметическим операциям. Эстетика – верх хирургического мастерства. Я это регулярно подчёркиваю в своих выступлениях.

– Насколько доступны услуги эстетической медицины для наших сограждан?

– Принимая во внимание большое количество клиник, можно говорить и о разнообразной ценовой политике. Я полагаю, что сейчас услуги специалистов в сфере эстетической медицины по карману практически всем социальным слоям нашего общества.

– Какие операции по вашему профилю наиболее востребованы у россиян на сегодняшний день?

– Первое место занимает маммопластика – изменение формы молочных желёз. Немногим отстаёт блефаропластика – коррекция век. Вслед за ними идёт ринопластика. «Правка» носа, связанная с затруднением дыхания – «благодарная» операция. Её объективное влияние на качество составляющую человеческой жизни не поддаётся сомнению.

Что касается лица, то на сегодняшний день золотым стандартом являются малоинвазивные хирургические методики. Нитевая коррекция, липофилинг – технологии будущего. С возрастом кожа истончается, а подкожно-жировая клетчатка является некой живи-

– Нужны ли природные способности для становления высококвалифицированного специалиста – пластического хирурга?

– Разумеется. Нужен художественный вкус, увлечение искусством. Так, за рубежом существуют специальные мастерские, где наши коллеги могут поупражняться в лепке или живописи. У нас в планах это тоже есть. Более того, важен психотип личности будущего специалиста. Как правило, истинными профессионалами становятся активные, полные новых идей люди. При общении с ординаторами и курсантами я уже по задаваемым вопросам могу с той или иной долей вероятности предсказать их будущее в профессии. Ну и конечно же, профессионализма никто не отменял. Многое приходит с опытом.

– Вы ведёте активную общественную, организационную и педагогическую работу. Не мешает ли это вашей хирургической деятельности?

– Безусловно, организационная работа в некоторой степени отдала меня от практики, но я стараюсь не забывать своё ремесло. В среднем я оперирую 1-2 раза в неделю. Мой практический опыт более 15 лет. Техника, которой в своё время хорошо овладел, позволяет быть в форме при не слишком насыщенном графике практической работы.

– Какова, на ваш взгляд, роль внешности в жизни человека?

– Красота и молодость во все времена были для людей актуальны. Улучшение внешности – это скорее улучшение качества жизни, нежели омоложение. Если хотите, это наш социальный уровень. Люди стараются сохранить свою привлекательность – это нормально. И речь не идёт о неземной красоте. Понятие красоты относительно. Есть известная фраза – «Красота узнаваема, однако не подлежит определению». Наша жизнь стала намного активнее, динамичнее. Люди стараются продолжать работать и по наступлении пенсионного возраста. Никому не хочется «выпасть» из социума. И это касается не только публичных особ. Внешняя привлекательность даёт людям немалую долю уверенности. Встречают, как известно, по одежке.

Я надеюсь, что в ближайшем будущем сознание общества перестроится: к нам будут относиться не как к чему-то сугубо коммерческому, а как к ещё одному направлению клинической медицины, чем мы и являемся.

Беседу вел
Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ,
обозреватель «МГ».

Осторожно!

Вездесущий энтеровирус

Центры по контролю и профилактике заболеваний США подтвердили ранее появившуюся в СМИ информацию о вспышке острой респираторной вирусной инфекции среди детского населения нескольких штатов. По данным ведомства, возбудителем заболевания является редкий и малоизученный энтеровирус D68.

Первоначально кластеры случаев инфекции были зарегистрированы в штатах Миссури и Иллинойс.

Большинство госпитализированных детей имели в анамнезе астму или склонность к бронхиальной обструкции. Лабораторные исследования показали, что возбудителем инфекции в обоих штатах является энтеровирус D68. Вирус был выделен в 19 из 22 образцов из Миссури и в 11 из 14 образцов из Иллинойса. При этом число случаев заболевания в обоих штатах продолжает нарастать с более высокой, чем это можно было бы ожидать в это время года, скоростью, отмечается в докладе Центров по контролю и профилактике заболеваний.

В настоящее время проводятся лабораторные исследования для выявления причины эпидемического подъёма заболеваемости ОРВИ среди детей ещё в 8 штатах — Колорадо, Северной Каролине, Джорджии, Огайо, Айове, Канзасе, Оклахоме и Кентукки.

Из-за малоизученности данного вируса пока остаётся неизвестным, может ли он, помимо заболевания верхних дыхательных путей, вызывать поражение других систем организма. Известно, что энтеровирусы включают в себя 67 патогенных для человека серотипов и являются возбудителями ряда опасных для жизни заболеваний, например полиомиелита, менингита и энцефалита.

Яков ЯНОВСКИЙ.
По сообщению ВВС.

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научный центр неврологии» объявляет конкурс на замещение вакантных должностей:

- 1-е неврологическое отделение**
Научный сотрудник (д.м.н.) — 1
- 2-е неврологическое отделение (лаборатория кардионеврологии)**
Научный сотрудник (к.м.н.) — 1
- Научно-координационный и образовательный отдел**
Научный сотрудник (к.м.н.) — 1
- Научно-консультативное отделение**
Старший научный сотрудник (к.м.н.) — 1
- Отделение нейрореабилитации и физиотерапии**
Старший научный сотрудник (к.м.н.) — 1

Срок действия объявления —
30 календарных дней со дня публикации.
Справки по телефону 8 (495) 490-21-04.

ПОМОГИТЕ КОЛЕ!



У москвича Коли Хритова хроническая почечная недостаточность в самой тяжёлой, терминальной, стадии. Поскольку почки мальчика отказались работать совсем, Колю готовят к операции по пересадке почки, а пока ему необходим циклер. Этот портативный аппарат, который еще называют «искусственной почкой», значительно улучшит состояние ребёнка: он позволяет очищать кровь во время сна, автоматически. Однако приобрести его Хритовы должны самостоятельно. А стоит аппарат 560 тыс. руб. Таких средств в семье, где воспитывается ещё один несовершеннолетний ребёнок, нет. Союз благотворительных организаций России просит всех, кто хочет и может помочь Коле Хритову, перечислить средства на его лечение.

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

Платежи в адрес Коли Хритова принимаются во всех отделениях Сбербанка России без взимания комиссионного сбора.

Реквизиты:

Получатель: некоммерческое партнёрство
«Союз благотворительных организаций России»
ИНН: 7715257832
КПП: 771501001
Р/С: 40703810287810000000 в Московском филиале ПАО РОСБАНК г. Москва

К/С: 3010181000000000000272
БИК: 044583272
Назначение платежа: пожертвование на лечение Коли Хритова

СОЮЗ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ РОССИИ ПРОСИТ СООТЕЧЕСТВЕННИКОВ ПОМОЧЬ

Врач и пациент

А, В, С и Е сидели на траве Пастернаком по свободным радикалам

Каждую весну повторяется одно и то же: общее недомогание, вялость, апатия. Налицо авитаминоз. Что противопоставить этому? Вот что советуют специалисты.

Борьбу со «свободными радикалами» и другими злостными «подрывателями» нашего здоровья человечество начало задолго до того, как оно вообще узнало о них. В зависимости от климата, окружающей среды и тех или иных кулинарных традиций врачи-травники, учёные и мудрецы изобретали всё новые и новые средства и способы, призванные как можно быстрее пробудить от зимней спячки «человека разумного». При этом давно позабытые дары матушки-природы вдруг снова всплывали на поверхность, чтобы пополнить наш рацион и поправить здоровье.



Солнце, воздух и... трава

С незапамятных времён люди знали, что свежий воздух, солнечный свет и пресловутые «водные процедуры» (включающие также купание в реке, озере, море) укрепляют здоровье. Но, несмотря на многовековой опыт предков, история знает и другое отношение ко всему перечисленному.

Так, аристократы эпохи «короля-солнца» Людовика XIV прятались от солнечных лучей и не слишком часто умывались, считая солнечный свет и воду очень опасными для здоровья.

Сегодня всё по-другому, говорим мы себе, мы ведём более здоровый образ жизни, загораем, регулярно принимаем душ и... на скорую руку разогреваем в духов-

ке замороженную пиццу. «Как раз это делать нежелательно, разве что в самом крайнем случае», — предупреждает диетолог Фридрих Больман. Автор книги «Еда как лекарство» уверен, что таким образом мы только подстёгиваем развитие авитаминоза, ведь никакой пользы для организма такая еда не представляет. Фридрих Больман советует не только дышать свежим воздухом, но и есть то, что на этом воздухе произрастает. И в первую очередь травы.

«По содержанию витамина С ни один овощ не может соревноваться со шавелем, а по количеству бета-каротина неоспоримыми рекордсменами выступают одуванчик и черемша», — торжественно провозглашает автор оздоровительных справочников. По данным новейших исследований различных научно-исследовательских институтов, (снова!) стало известно, что так называемые «кулинарные» травы — настоящая зелёная аптека. Петрушка, например, замечательно выводит шлаки и другие вредные вещества из организма, а кресс-салат выступает чуть ли не в роли антибиотика мягкого действия.

И «травовыпивание»

Ссылаясь на своих мудрых предшественников, известных целителей — монахиню Хильдегарду Бингенскую и священника Себастьяна

Кнейппа, диетолог пропагандирует траволечение. Точнее, «травопоедание» и «травовыпивание». Правда, в старину травы собирали ранним утром: тогда они были наиболее полезны. Сегодня их хранят несколько дней в прохладном месте или выращивают на кухонном подоконнике в обыкновенном цветочном горшке.

Травяную «атаку» желательно начать прямо с завтрака: творог перемешать с пучком мелко порубленных трав: петрушки, зелёного лука, кресс-салата, шавеля и цветков розмарина. И всё это есть с ломтём чёрного хлеба или сухариками. Другой вариант: стакан простокваши или йогурта перемешать с порубленными травами (по вкусу), добавить редиску, нарезанную тонкими кружочками.

В обеденное меню можно включить нежирную баранину, запечённую в духовке и политую растопленным сливочным маслом, смешанным с черемшой и размельчёнными сухарями. Уложить жаркое лучше всего на нарезанные кубиками овощи: морковь, пастернак и репчатый лук. На гарнир — отварной картофель с листочками ароматной мялисы или мяты.

На ужин борцов с авитаминозом ожидает суп-пюре из корней петрушки, пастернака и моркови с добавлением кресс-салата и листков свежей крапивы. Щепотка куркумы и кусочек измельчённого

имбиря придадут такому супчику особенно приятный цвет и вкус.

Одними травами, понятно, сыт не будешь. Поэтому диетологи рекомендуют и другие продукты. В «доктарофельную» эпоху продуктом номер один, кроме зерновых, считался пастернак — родственник петрушки и моркови. Пастернак содержит ряд полезных витаминов группы В, внушительное количество железа, калия, полезного для сердечной деятельности, а также цинка, укрепляющего иммунную систему. К тому же этот корешок слаще обычной морковки.

Не забудьте улыбку!

Растительное масло, рыба и морепродукты дополняют перечисленное выше растительное меню. Ну, а чай, компот, кисель желательнее заваривать на плодах облепихи и шиповника, богатых витамином С и Е. Рекомендуется также использовать лимон и грейпфрут. Ну, и последнее: без положительных эмоций добиться восстановления всех функций организма человека сложно. Наше душевное состояние зависит не только от правильного режима, полноценного сна и питания, но и от положительных эмоций. В общем, не забывайте улыбаться!

Юрий БЛИЕВ,
обозреватель «МГ».

По материалам Deutsche Welle.



II МЕЖДУНАРОДНЫЙ ФОРУМ УНИВЕРСИТЕТСКОЙ НАУКИ — 2015

www.forum-uniscience.ru

**«НАУЧНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ПРОГНОЗИРОВАНИЕ:
МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ,
ТРИГГЕРЫ ПАТОГЕНЕЗА, ЯТРОГЕННЫЕ ВЛИЯНИЯ»**

Москва, площадь Европы, 2, отель «Рэдиссон Славянская»

II форум университетской науки — 2015 будет проходить 22 мая 2015 г. Цель форума — обсуждение и оценка результатов научных биомедицинских исследований, направленных на поиск путей и способов медицинского прогнозирования, снижения вторичной заболеваемости и ятрогенных влияний.

II форум университетской науки с международным участием задуман как логичное развитие подходов, заложенных на I форуме, прошедшем в Москве в мае 2014 г. и ставшем знаковым событием в календаре научных событий года. В прошлый раз внимание участников было посвящено достижениям фундаментальных наук и персонализированной медицины в решении проблем системного и аутовоспаления. Обсуждение широко поставленной темы привело к пониманию того, что стратегически важным аспектом изучения системного и аутоиммунного воспаления является молекулярно-генетическое прогнозирование.

Ориентируясь на научные исследования, которые проводятся в Московском государственном медико-стоматологическом университете им. А.И.Евдокимова, мы назвали Форум-2015 «Научное медицинское прогнозирование: молекулярно-генетические аспекты, триггеры патогенеза, ятрогенные влияния». В форуме примут участие ведущие учёные и молодые исследователи нашего университета, а также представители других ведущих научно-медицинских организаций, разрабатывающих проблемы научного прогнозирования и снижения ятрогенных рисков, таких как РОНЦ им. Н.Н.Блохина, РМАПО Минздрава России, известные зарубежные учёные.

Пленарное заседание форума будет освещать два основных, стратегических научных направления нашего университета: «Маркёры рисков здоровья и триггеры патогенеза заболеваний» и «Мало-инвазивные технологии: поиск путей снижения ятрогенных рисков». В программе форума — 6 научных симпозиумов:

- молекулярно-генетические исследования опухолей;
- молекулярно-генетические исследования в клинике инфекционных заболеваний;
- минимально-инвазивные технологии на стыке хирургических специальностей;
- неотложная кардиология: от науки к практике;
- междисциплинарные подходы к наиболее распространённым заболеваниям женщин;
- клиническая психология и биометрические исследования в медицине.

Также в рамках форума состоится «круглый стол» на тему «Передовые медицинские технологии в медицине».

Насыщенная программа и интересная, актуальная тематика мероприятий позволяют надеяться на то, что форум привлечёт к участию и заинтересованному обсуждению научных работников, врачей, преподавателей медицинских вузов, будет интересным и полезным для всех участников.

Организатором форума выступил Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И.Евдокимова. Председателем организационного комитета форума является ректор МГМСУ профессор Олег Янушевич.

Архитектура способна воздействовать на состояние здоровья человека. Когда вы смотрите на красивое здание, вы заряжаетесь положительной энергией. Когда же видите жуткую многоэтажку, вряд ли вашу душу переполняет радость. Те же принципы работают и тогда, когда речь заходит об архитектуре больниц: хорошее лечит, плохое калечит.

По словам профессора архитектуры Кристине Никль-Веллер, «без сомнения, атмосфера вокруг может как способствовать скорейшему выздоровлению, так и вести к ухудшению состояния». В Скандинавии и США проводились репрезентативные исследования: пациенты, помещённые в комнату с видом на глухую стену, выздоравливали медленнее и вынуждены были принимать больше лекарств, нежели те, кто из окна смотрел на зелёный ландшафт.

Без скидок на мелочи

В 1960-е годы финский архитектор Алвар Аалто проектировал новую больницу и принял решение учитывать при этом тот факт, что тяжелобольной человек большую часть времени проводит лёжа: как это может и должно отразиться, к примеру, на форме и размере окон? Качественная архитектура в принципе должна учитывать потребности человека. А у человека, вынужденного находиться в больнице, потребности могут быть специфическими.

Архитекторы обязательно должны учитывать особенности пациентов, а также тех или иных заболеваний: дети – это одно, а пожилые люди – совсем другое. Или взять, скажем, ортопедические заболевания: этим пациентам рекомендовано больше двигаться, поэтому коридоры должны быть шире.

Конечно, учитывать необходимо интересы не только пациентов, но и врачей. Больница для них – место работы. Чем более отдохнувшим и довольным будет медперсонал, тем лучше для пациентов. Об интересах посетителей также нельзя забывать: эти люди дают больным положительные эмоции, способствуют выздоровлению.

Современная больница должна быть «гибкой». Какое-то одно отделение, к примеру, может в будущем быть расширено, для чего потребуются новые помещения. Стопроцентно просчитать развитие невозможно, но попытаться учесть потенциальные изменения необходимо.

Современные больницы – это огромные комплексы с множеством

Неизвестные лекарства

Красивая клиника

Что такое больничная архитектура?



отделений, научно-практических центров, с обилием коридоров, переходов, лифтов и подъездов. Как не потеряться в этом «медицинском городке»? И здесь на помощь

приходят архитекторы, которые разрабатывают новую навигационную систему для клиник: это и надписи, и стрелочки разных цветов, и линии, ведущие из одного отделения в другое.

Использование разного цвета в больничной навигации приветствуется, но, как и во всём остальном, здесь нельзя перебарщивать: разнообразие цветов не должно быть слишком большим. Среднестатистический человек способен

нем правила: к примеру, шрифты в отделении, занимающемся проблемами зрения, должны быть крупнее. Или ещё: чёрное на белом читается значительно легче, чем белое на чёрном».

Минимум – как в гостинице, максимум – как дома

Сам по себе имидж больницы как таковой – скорее отрицательный, нежели положительный. Ведь ка-

профессор архитектуры Кристине Никль-Веллер. – Кроме того, необходимо учитывать физические особенности организма: нельзя допустить, чтобы пациент вынужден был засыпать при включённой лампе дневного света. Вечернее и ночное освещение должны отличаться от дневного. Сегодня также много внимания уделяется материалам: паркетный пол, например, выглядит гораздо уютнее, чем линолеум».

Красота вылечит мир

Больница должна работать как идеальные часы. Есть ли при таких условиях у архитектора, человека творческой профессии, возможность, так сказать, развернуться? Или его фантазия скована техническими рамками? Функциональность медицинского учреждения не должна страдать ни в коем случае. Единственное, что может в некоторой степени «проиграть», так это архитектура как вид искусства: ведь мы же не можем сконструировать здание, которое мешает работе медиков?

Современная больница – это настоящий город, живущий своей жизнью. Здесь есть и процедурные комнаты, и палаты, где больные проводят порой несколько недель, и ресторан, и кафе, и служба доставки, и лаборатория. И надо построить здание так, чтобы эти «блоки» сотрудничали, но не мешали друг другу. При этом клиника всё-таки должна быть красивой.

Экран и жизнь

Джеймс Бонд в реальной жизни продержался бы на этом свете не более 7 минут, подсчитали досужие медики. В последнем фильме об агенте 007 «Координаты «Скайфолл» они ответили ему и всего 5 минут, а дальше он просто должен испустить дух. Так утверждает специально собранный для этой цели консилиум врачей. Попавшая в него в начале фильма пуля, начинённая обеднённым ураном, «вывернула бы его лёгкие наизнанку и убила бы его», утверждают врачи. Но даже если бы он и выжил, застрявшие в его теле осколки с большой вероятностью вызвали бы рак.

Консилиум: «кина» не будет!

Дальнейшие приключения Бонда в этой картине также не способствуют долголетию. Извлечение пули из плеча собственными силами, говорят врачи, несёт в себе серьёзный риск потери крови и сознания, повреждения нерва и мышечной ткани, а кроме того, представляет огромный риск инфекции.

Прыжок с крыши поезда в речку в замечательно снятом эпизоде, вероятно, привёл бы к перелому позвоночника, в том числе шейных позвонков, не говоря уже о высоких шансах утонуть.

Взрывы гранат в одном из ключевых эпизодов оставили бы Бонда с лопнувшими ушными перепонками.

Ну а что касается его схватки в ледяной воде шотландского озера в фи-

нале картины, то тут его шансы выжить практически сведены к нулю. «Борьба под водой означает, что Бонд быстро истратит кислород, поэтому маловероятно, что он сможет вовремя выбраться на поверхность. Переохлаждение наступит очень быстро, и ему будет чрезвычайно трудно двигаться», – говорят врачи.

Вопреки всем этим врачебным вердиктам Джеймс Бонд, понятное дело, регулярно выходит сухим из воды. Но актёрам, его играющим, это удаётся далеко не всегда. К примеру, Дэниэл Крэйг, играя Бонда в фильме «Спектр», повредил себе колено во время съёмки драки, и ему пришлось лечь на операцию.

Эксперты пришли к легко прогнозируемому выводу

о том, что не только фильмы о Джеймсе Бонде, но и многие другие боевики и триллеры имеют мало общего с реальной жизнью. Та же врачебная комиссия постановила, например, что самым «летальным» фильмом оказалась любимая детворой комедия «Один дома», в которой мальчик по имени Кевин Макалестер сражается с двумя грабителями-неудачниками Марвом и Гарри. «Марв и Гарри стали бы инвалидами и, возможно, умерли бы от ран через 5-6 часов после окончания фильма. А сам Кевин скончался бы через 35 минут после его начала от серьёзных черепно-мозговых травм, полученных при падении с полка, на которые он пытался залезть», – пришёл к выводу консилиум врачей.

Ну и ну!

17 подружек Юаня

Лювеобильный житель Китая мистер Юань на протяжении многих лет имел романы одновременно как минимум с 17 девушками, каждая из которых считала себя его единственной пассией. И, вероятно, продолжалась бы такая «нескучная» жизнь незадачливого Юаня сколько угодно долго, если бы...

После того как он попал в автомобильную аварию, 17 его подружек примчались в больницу справиться о его самочувствии. Многих из этих девушек Юань водил за нос на протяжении месяцев, однако в некоторых случаях отношения продолжались в течение долгих лет. Правда вскрылась после того, как доктора обзвонили его абонентов, чтобы сообщить о происшествии.

«Когда я увидела, что в больницу одна за другой приходят всё более красивые девушки, чтобы справиться о нём, я раз-



рыдалась так, как никогда в своей жизни», – жаловалась в слезах одна из любовниц. Ещё одна обманутая Юанем подруга рассказала, что уже начала приготовления к свадьбе.

Как сказали врачи, по-

лученные в ДТП Юанем травмы не представляют большой опасности. Для самого же мистера Юаня проблемы только начнутся: полиция в Китае начала расследование по подозрению в мошенничестве.

Подготовил Юрий БЛИЕВ, обозреватель «МП». По материалам Deutsche Welle, Daily Telegraph, South China Morning Post.

Былое

110 лет назад, в 1905 г., в Женеве на месте, где 27 октября 1553 г. казнили врача и еретика Мигеля Сервета, вырос ему памятник. Жизнь и судьба этого учёного и мыслителя заставляют снова и снова задуматься о его месте в истории медицины.

В темноте крепостного подвала послышались глухие шаги. Лязгнул засов. Осклизлая от постоянной сырости дубовая дверь бесшумно отворилась, и горящий желтовато-зеленоватым огнём факел стал нехотя разгонять темноту.

— Мигель Сервет Виллановус, — прошепелявил голос тюремного сторожа.

В углу подвала раздался шорох, послышался надрывный кашель, звон кандалов, и вот, в отблесках огня, появилась сутулая фигура зябко кутавшегося в лохмотья человека.

— Следуй за мной, еретик, — промолвил тюремщик и, шаркая больными ногами, двинулся вперёд, освещая путь себе и следовавшим за ним стражникам.

Пройдя длинный извилистый коридор, поднявшись по винтовой лестнице, они очутились в небольшой комнате с окнами, через которые изливался яркий дневной свет. Отвыкший от него узник прищурил глаза, а стражники, впервые конвоировавшие этого человека, смогли хорошо разглядеть его.

Это был мужчина средних лет, чуть выше среднего роста, с всклокоченными седыми волосами, на которых гроздьями висели вши, и с остроконечной бородой. Тонкие черты лица выдавали его благородное происхождение. Превратившийся в лохмотья жилет едва прикрывал худое, давно не мытое тело, от которого исходил неприятный запах.

Гремя ключами, тюремный сторож прошёл к противоположной стене комнаты и открыл находящуюся там дверь. Один из стражников концом алебарды подтолкнул заключённого. Повинуясь его приказу, тот двинулся вперёд и, переступив порог, оказался в хорошо знакомом ему просторном зале, который был пуст. За длинным столом стояли резные кресла судей, а на нём, между двух тяжёлых бронзовых подсвечников лежал раскрытый фолиант. Он узнал бы его из тысячи книг, ведь это главное детище его жизни: трактат «Восстановление христианства». Это из-за него, спасаясь от преследования католиков, он прибыл в Женеву, не подозревая, что при первом же посещении церковной службы будет узнан и отправлен в тюрьму. И главное кем? Самим Жаном Кальвином, злейшим врагом католической церкви, человеком, которого он, Мигель Сервет, вынужденный из-за угрозы ареста инквизицией принять новое имя — Мигель Виллановус, почитал как видного реформатора церкви. Состоял с ним 20 лет в переписке и ему же выслал свой трактат о путях дальнейшего реформирования церкви.

Да, познакомся Сервет с пастором де ля Муром, который, давая характеристику Кальвину, говорил: «Имя, которое он однажды вписал в свою память жёстким грифелем, сотрётся не раньше, чем самого человека вычеркнут из книги жизни», никогда бы не включил в эту книгу, лежащую перед ним на судейском столе, три десятка своих писем, написанных им Кальвину, прозванному ещё при жизни Женевским Папой. Именно эти письма, в которых Сервет полемизировал с ним о необходимости пересмотра догмата о Святой Троице, делали Кальвина невольным соучастником создания этого издания, подрывающего основы не только католицизма, но и протестантизма. А это для него было не менее опасным, чем костёр инквизиции. Вначале он попытался расправиться с Серветом руками своих

врагов католиков, однако эта затея провалилась, тому помогли бежать. Сервет, пробираясь в Италию, остановился проездом в Женеве, где и был арестован.

Раздались громкие голоса. Скрестив алебарды, стражники оттеснили узника в сторону, давая дорогу судьям и знатым жителям Женевы. На этот раз Кальвина среди них не было. Рассевшись по своим местам, вошедшие замолчали, обратив свои взоры к председательствующему. Тот обратился к заключённому.

— Итак, Мигель Сервет, ты попрежнему отвергаешь учение о святой Троице, признаёшь Иисуса Христа простым человеком, а не сыном Божиим, и считаешь, что учение, которое дал нам Мартин Лютер, так же ложно, как и злейших врагов наших католиков? Да простит Господь меня за такие слова!

— Зачем повторять то, что есть истина. В книге, что перед вами, об этом всё сказано. Иисус это обычный человек, которому мы обязаны новой верой, за которую он сам первым и пострадал.

— Молчи, еретик, — взвизгнул один из судей, — воистину прав был достопочтимый профессор теологии Мартин Буцер, после бесед с тобой заявивший, что ты заслуживаешь, чтобы тебе вырвали внутренности из живого тела. Бог, Иисус и Святой Дух — они едины, об этом говорит Священное Писание.

— А кто его писал, — возразил Сервет, — мы можем понять, чего хотел Христос и почему он выбрал тот путь, по которому пошёл, но мы не можем понять Бога, ибо он открывается человеку в Божественном слове и Святом Духе, которые суть разные понятия. Дух Христа открывается человеку в крещении, но чтобы тот это понял, он должен быть для этого достаточно подготовленным

жизнью. Поэтому крещение в младенчестве бессмысленно.

— Довольно, — прервал его председательствующий, — я вижу, что ты не заблудшая овца, а законченный еретик, который посмел ещё заниматься врачеванием.

Но я имею на это право, — прервал его Мигель, — я 3 года изучал медицину в Парижском университете, работая препаратором у профессора Винтера. Что же касается моих деяний как лекаря, то об этом можно узнать у вьенского архиепископа и жителей Вьенны. Можете поехать туда и спросить.

— Да он смеётся над нами, — воскликнул один из присутствующих. — Католики наших собратьев пытаются и сжигают на кострах. Любого, кто решится опровергнуть слова этого проходимца, во Франции ждёт неминуемая смерть.

— Не надо так горячиться, достопочтимый доктор Тиррениус, — прозвучал голос главного судьи. Умение врачевания можно оценить и по знанию трудов по медицине. Мы просили вас как уважаемого всеми нами лекаря ознакомиться с некоторыми утверждениями, имеющими отношение к медицине, в изданном трактате этого богоотступника. Что вы можете сказать?

Поднявшись со своего места, Тиррениус важно произнёс:

— Этот еретик в своей книге не только посмел усомниться в Святой Троице, но и подверг сомнению высказывания нашего великого учителя Галена, труды которого одобрены церковью и уже не одно столетие являются настольными книгами для врачей. Благодаря Галену мы знаем, что кровь берёт своё начало от печени и поступает в сердце, где через небольшие отверстия в его перегородке поступает из правого желудочка в левый, приходя таким образом в соприкоснове-

ние с воздухом, поступающим в сердце по лёгочным венам. А что мы читаем в этой богопротивной книге? «Кровь идёт от сердца, и если кто-нибудь сравнит эти вещи с теми, о которых Гален написал, то поймёт ту правду, которая осталась неизвестной Галену».

— Так что же, по-твоему, неизвестно Галену и всем нам, — указав при этом руками на всех присутствующих, спросил, усмехаясь, Тиррениус.

— Чтобы это знать, нужно изучать медицину не только по книгам, но и вскрывая тела умерших, дабы понять истинную причину их смерти, — ответил Сервет. — Мы должны благодарить папу Сикста IV, разрешившего вскрытие трупов. Это дало возможность изучать анатомию не только свиней и собак, как это делал Гален, но и человека. Я вскрыл много тел умерших и ни у одного не нашёл в сердечной перегородке, отделяющей желудочки, каких-либо отверстий. Наоборот, я понял, что, совершая удивительный и длинный путь по всему телу, кровь, идущая от сердца, проходит через лёгкие и, не связываясь с воздухом, меняет свой цвет.

— А как же утверждение Везалия? — не унимался Тиррениус. — Вы же вместе препарировали трупы, работая у профессора Винтера. Он подтверждает слова нашего учителя Галена.

Сервет пожал плечами.

— Я знаю Андрея Везалия как хорошего анатома. Но почему он утверждает то, чего в природе нет, можете спросить у него самого. Что же касается возможности поступления воздуха из лёгких в левый желудочек, то ещё Леонардо да Винчи из Флоренции установил, что при надувании лёгких воздухом последний через бронхи ни при каких усилиях не проникал в сердце. Церковь эти опыты не осудила, поэтому они не должны вызывать сомнения в истинности полученных результатов. Кроме того, в руководстве по анатомии, написанном в 1316 г. врачом из Болоньи Мондино де Луцци, также есть указания на то, что кровь из сердца отправляется в лёгкие. Правда, ему не хватило смелости пойти в своих рассуждениях дальше.

— А у этого богоотступника её хватило, — обращаясь к присутствующим, произнёс Тиррениус, указывая в сторону Сервета.

Но тот не сдавался.

— Я не первый, кто обнаружил движение крови из правого желудочка сердца в левый через лёгкие. Ещё работая корректором лионской типографии, мне попалось упоминание об этом в одной из древних арабских рукописей по медицине. Тогда я не обратил на это внимания, но, будучи ассистентом профессора Винтера, решил проверить это утверждение и нашёл его верным. В дальнейшем мои занятия медициной не только подтвердили его, но и позволили утверждать, что кровь, чтобы стать артериальной, или, как говорят, живой, должна пройти именно через лёгкие.

— И чтобы узнать это, вы резали живых, — язвительно воскликнул Тиррениус под громкий смех присутствующих в зале.

— Я оказывал помощь несчастным, получившим ранения на дуэли или от рук разбойников, — спокойно отвечал Сервет. — Именно тогда я заметил: если ранение сердца справа у края грудины, из неё течёт всегда тёмная кровь, тогда как из раны под левым соском истекает кровь алая, тем-

нея по мере того, как урежается дыхание и из тела несчастного выходит жизнь. Но, чтобы понять, как кровь делается артериальной, мы должны сначала изучить возникновение жизненного духа, который составлен и питается воздухом, который попадает в организм при вдохе. Жизненный дух — это тонкий дух, выработанный силой тепла, светлого цвета и воспламеняющей силы, он возникает в левом желудочке сердца, а лёгкие помогают в отношении его совершенствования.

— Вы слышали, что говорит этот еретик, — обращаясь к судьям, воскликнул Тиррениус, — да он же не знает медицины. Ведь ещё Гален...

Но председательствующий прервал его.

— Не стоит горячиться, достопочтимый доктор. Ещё наш отец и наставник Кальвин назвал его безнадёжным путаником, на слова которого следует обращать внимания не больше, чем на крики осла.

Ответом на это был раскатистый хохот присутствующих.

Мигель Сервет молчал. Он понял, что приговор ему уже вынесен, и раскаяние на этом вопросе уже ничего не изменило бы, тем более что он больше походил на развлечение для присутствующих, пришедших в последний раз посмотреть на живого несломленного еретика.

«Прямо как римские патриции на боях гладиаторов», — подумал он.

...Сырые дрова никак не хотели разгораться. Они тлели, обжигая ноги привязанного к столбу Сервета, который изо всех сил стискивал зубы от боли, стараясь не смотреть на толпу народа, собравшуюся поглазеть на очередную казнь. И никто из этой огромной, привыкшей к подобным развлечением толпы граждан Женевы не задумывался над тем, что корчившийся перед ними в муках человек не нарушил ни одного из их законов. Его единственная вина состояла в том, что, скрываясь от преследований одних религиозных фанатиков, он попал в руки других, наивно поверив в благородство их сумасбродного тирана. И только природа, возмущённая такой несправедливостью, пытаясь мелким дождём помешать этой трагедии, сама того не подозревая, продлевала мучения несчастного. Наконец, одна старая женщина не выдержала и, сходя к себе домой, принесла и бросила в костёр вязанку сухого хвороста. Мгновенье — и под возгласы зевая яркое пламя, подобно лепесткам голландских тюльпанов, обхватило тело человека, успевшего лишь крикнуть: «Святая простота!»

...Пройдут столетия. И по злой иронии судьбы католики и протестанты, словно соревнуясь друг с другом, начнут ставить памятники первой жертве свободы совести Мигелю Сервету — врачу и учёному, вернувшему из забвенья приоритет Колумба в открытии Нового Света. Но ни на одном из них так и не будет указано, что, стремясь понять дух человека через познание строения его тела, он первым в Европе описал малый круг кровообращения, подготовив тем самым благодатную почву для великого открытия Уильяма Гарвея.

Павел САВИЛОВ,
врач анестезиолог-реаниматолог,
член Российского союза писателей.
Тамбовская область.



