

Медицинская

26 октября 2016 г.
среда
№ 81 (7701)

Газета®

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

В центре внимания

Красного солнца прибавится!

Партнёрство медиков России и Японии крепнет



Похоже на то, что российско-японское взаимодействие в сфере здравоохранения, активизации которого дали «отмашку» Президент России Владимир Путин и премьер министр Японии Синдзо Абэ во время недавних двусторонних встреч, обретает локомотив в лице компании «Российские железные дороги».

Дорожная клиническая больница на станции Хабаровск-1 ОАО «РЖД» стала первым медицинским учреждением в нашей стране, которую выбрала для посещения прибывшая из Токио высокая делегация представителей Министерства здравоохранения

Глава японской делегации Наоко Ямамото (вторая справа) беседует с заведующим отделением травматологии и ортопедии ДКБ профессором Александром Рыковым

и труда и благосостояния и Министерства экономики и промышленности в сопровождении дипломатов. – Лидеры наших двух стран поднимали тему расширения сотрудничества в медицинской области. Как раз воплощением таких намерений могло бы стать наведение контактов между японскими клиниками и больницами ОАО «Российские железные дороги», – сразу же заявила по прилёте в Хабаровск глава японской миссии Наоко Ямамото, курирующая в соседней стране вопросы глобального

здравоохранения и стратегии промышленного здравоохранения. – Мы должны разработать конкретные планы и предпринять совместные усилия для их исполнения. Я надеюсь, что партнёрство проявится не только в том, что наши врачи станут содействовать укреплению российских граждан, но и в том, что с российской стороны специалисты разного уровня, от врачей до младшего медицинского персонала, для обмена опытом будут посещать Японию.

(Окончание на стр. 2.)



Светлана СТЯЖКИНА, профессор кафедры факультетской хирургии Ижевской ГМА:

Щитовидная железа – это орган, который надо беречь как зеницу ока.

Стр. 6-7

Валентин МОИСЕЕВ, заведующий кафедрой факультетской терапии РУДН, академик РАН:

Развитие науки и медицины привело к достижениям в диагностике и лечении болезней, которые выглядят подчас неожиданными, а реализация их – не всегда безопасной.

Стр. 10-11



Вера ПРИЛЕПСКАЯ, заместитель директора НЦГиП им. В.И.Кулакова, профессор:

В сроки, близкие к менопаузе, у врача имеется уникальная возможность идентифицировать риски и разработать профилактические стратегии.

Стр. 12

Перемены

«Скорая» с пропеллером

Четвёртый вертолёт Московского авиационного центра заступил на постоянное дежурство. До последнего времени в распоряжении центра было три вертолёта: два санитарных и один пожарный. Новый будет оказывать санитарную помощь.

Сам центр был создан в мае 2003 г. Среди главных его задач – тушение пожаров, оказание медицинской помощи и эвакуация пострадавших с мест ДТП, ЧС, мониторинг паводковой и противопожарной обстановки.

«Врачи, которые приезжают на автомобилях скорой помощи к месту какого-либо происшествия, не имеют права входить в зону ЧС. В составе же наших экипажей все врачи авиационного центра и центра экстренной медицинской помощи имеют квалификацию спасателей. Поэтому они работают непосредственно в зоне ЧС,

оказывают пострадавшим необходимую медицинскую помощь на месте и доставляют их в лечебные учреждения», – сообщил директор Московского авиационного центра Кирилл Святенко.

– Транспортировку пациентов по воздуху мы более активно начали применять с прошлого года. Вертолёт отправляют, когда состояние пациента требует максимально быстрой эвакуации в больницу. Передача пациента авиамедицинской бригаде происходит по пути следования машины скорой помощи, в согласованном месте. Эта услуга не входит в ОМС, но бесплатна для столичных пациентов, так как финансируется из городского бюджета, – сказал главный врач Станции скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С.Пучкова Николай Плавунин.

Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ, обозреватель «МГ».

Москва.

Акции

Апельсин для здоровья

В Клинском районе Подмосковья прошли мероприятия, посвящённые Всемирному дню психического здоровья. Ранним утром в спортивно-оздоровительных комплексах и школах начались спортивные праздники «Весёлые старты» под девизом «В здоровом теле – здоровый дух», в которых приняли участие более 200 детей и подростков. В ряде общеобразовательных школ проведены уроки-тренинги по стрессоустойчивости для учащихся 9-11-х классов.

Врачи центров здоровья для взрослого и детского населения провели занятия на тему «Как укрепить психическое здоровье». В ходе этих полезных и весёлых встреч каждый участник получил в подарок апельсин – как символ здоровья, оптимизма и позитива.

Во второй половине дня врачи и представители службы социальной защиты

собрались на научно-практической конференции, посвящённой вопросам организации психологической и психиатрической помощи, аспектам психосоматических изменений и эмоционального выгорания. Большое внимание на конференции было уделено составляющим здорового сна.

Проводились мероприятия под

руководством Министерства здравоохранения Московской области при координации Московского областного центра медицинской профилактики и администрации Клинского района. Главный специалист по медицинской профилактике Центрального федерального округа и Минздрава Московской области Екатерина Иванова выступила с основным докладом и провела конференцию.

Во всех мероприятиях Дня психического здоровья приняли участие свыше 600 человек.

Александр МЕЩЕРСКИЙ.

Московская область.

DIXION
МЕДИЦИНСКОЕ ОБОРУДОВАНИЕ
ОТ РОССИЙСКОГО ПРОИЗВОДИТЕЛЯ

ОСНАЩЕНИЕ ОТДЕЛЕНИЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ

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

Новости

«Вакциномобили» уже привычны
для астраханцев

В Астраханской области продолжается прививочная кампания против гриппа. Вакцинация продлится до начала ноября. На сегодняшний день около 260 тыс. астраханцев уже прошли вакцинацию.

В регион в рамках Национального календаря прививок поступила вся вакцина – более 300 тыс. доз для взрослого и детского населения, подлежащего обязательной вакцинации. Продолжается в регионе и мобильная вакцинация. На платной основе прививаются люди, которые не подлежат вакцинации согласно национальному календарю, но беспокоятся о своём здоровье. Передвижные прививочные пункты в области будут работать до конца октября. Только за прошлую неделю в «вакциномобилях» было привито более тысячи астраханцев. В мобильных комплексах вакцинацию против гриппа проводят вакцинами, в состав которых входят штаммы гриппа А (H3N2), гриппа А (H1N1), а также одна из разновидностей гриппа В и препарат, который усиливает работу иммунитета.

Анна ЛЮБЕЗНОВА.

Астраханская область.

25 миллионов
в «подвешенном» состоянии

Около 25 млн граждан России живут в состоянии преддиабета. Об этом на днях сообщила заместитель директора по научной работе – директор Института диабета Эндокринологического научного центра Минздрава России, член-корреспондент РАН Марина Шестакова, используя последние данные всероссийских обследований.

Эксперт рассказала, что специалисты ведущей эндокринологической клиники страны за период 2013–2015 гг. проводили исследование с участием более 26,5 тыс. россиян из разных регионов, методика которого позволила экстраполировать полученные результаты на всё население страны. В итоге стало понятно, что 19% наших сограждан находятся в зоне высокого риска развития болезни, у 5,4% был выявлен диабет, причём половина из них об этом не знала.

«В нашей стране около 6,5 млн больных сахарным диабетом 2-го типа. Ещё 25 млн россиян находятся в так называемой зоне преддиабета, в подвешенном состоянии. Иными словами, в случае продолжения ведения прежнего образа жизни у них обязательно разовьётся диабет 2-го типа», – отметила М.Шестакова, подчеркнув, что число больных сахарным диабетом 2-го типа в нашей стране, скорее всего, доходит до 9 млн, так как при проведении исследования не учитывались люди, которые не смогли принять в нём участие из-за различных заболеваний.

Что характерно, по данным Всемирной организации здравоохранения на апрель нынешнего года, с 1980 г. численность людей, больных диабетом, возросла почти в 4 раза: со 108 млн человек до 422 млн, 80% из них живут в развивающихся странах.

Марк ВИНТЕР.

Чтобы вовремя обнаружить опухоль

В Воронежском областном клиническом онкологическом диспансере активно используются современные методы лечения рака молочной железы – хирургический, лучевая терапия, химиотерапия и гормонотерапия. Большую помощь в выявлении онкозаболеваний оказывают акции областного межведомственного проекта «Живи долго!», в рамках которых онкологи выезжают на предприятия и в места массового скопления населения, где проводят разъяснительную работу и профилактические осмотры.

Именно сейчас активно проходят эти выезды. Во многом благодаря такой мобильности онкологов из 10 тыс. пациенток с опухолями молочной железы у 2/3 врачи выявили онкообразование на начальной стадии, когда прогноз лечения благоприятный. Благодаря успешно работающей в регионе программе маммографического скрининга в 2015 г. обследование прошли 138,5 тыс. женщин, у 374 из них выявлен рак молочной железы на ранней стадии. В этом году уже обследовано 105,5 тыс. женщин, а направление на дальнейшее лечение в связи с выявленным заболеванием получили 295.

– Ежегодно в нашей области выявляется около тысячи случаев рака молочной железы, – говорит главный онколог области Иван Мошуров, – для обывателя эта цифра говорит лишь о заболевших, а для нас, специалистов, это важный показатель нашей работы – чем больше мы выявляем опухолей на ранних стадиях, тем лучше для этих больных. Пациенты вовремя получают лечение и смогут избежать тяжёлых осложнений, ведь на ранних стадиях вероятность полного излечения составляет более 90%. Наибольшую онкозапущенность мы обнаруживаем среди женщин, которые отказываются от посещения гинеколога, диспансеризации, флюорографии и маммографии.

Оксана КОЗЛОВА.

Воронежская область.

«Милосердие» на деле

Так назвали общественное мероприятие по оказанию социальной, медицинской, правоохранительной и иной помощи людям, оказавшимся в сложной жизненной ситуации, а также без определённого места жительства.

Данная акция – межведомственная. В ней принимают самое активное участие специалисты региональных министерств труда и социального развития, здравоохранения, образования, сотрудники полиции, волонтеры.

Особое внимание оказывается людям без крыши над головой, живущим, где придётся. В первую очередь среди бездомных выявляются больные. Все они проходят медицинское обследование и при необходимости определяются в стационары лечебно-профилактических учреждений.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ.

Омск.

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

В центре внимания

Красного солнца
прибавится!

Так впечатляюще выглядит одно из зданий флагмана медицины Дальневосточной магистрали – дорожной клинической больницы на станции Хабаровск-1

(Окончание. Начало на стр. 1.)

Контакты дальневосточных медиков, в том числе врачей-железнодорожников, с коллегами из островного государства многие годы носят фрагментарный характер. Так, например, заведующий отделением травматологии и ортопедии хабаровской «дорожки», профессор, заслуженный врач РФ Александр Рыков, второй и последний раз повышал профессиональную подготовку в Японии в далёком 1996 г. Об этом факте из профессиональной жизни известного хабаровского специалиста, одним из первых поставившего на поток в Дальневосточном регионе эндопротезирование крупных суставов, госпожа Ямамото узнала, побеседовав с ним во время экскурсии по больнице. Теперь же ввиду существенного подъёма двусторонних международных отношений, когда спор о «северных территориях» наконец-то перестал являться камнем преткновения для развития разносторонних связей между нашими странами, контакты российских и зарубежных медиков будут выстраиваться на системной, долговременной основе.

Какие реперные точки в практическом взаимодействии предлагает Центральная дирекция здравоохранения – филиал ОАО «РЖД», по поручению начальника которой, Елены Жидковой, в дальневосточную столицу на встречу с японскими чиновниками прибыли её первый заместитель Сергей Алексеев и заместитель Раиса Розина? Е.Жидкова обозначает их так: «Наша стратегия международного сотрудничества сейчас – это вовлечение сильных партнёров для дальнейшего развития экспертных позиций сети учреждений здравоохранения «РЖД-Медицина» в области производственной медицины, телемедицинских технологий, а также оказания высокотехнологичной медицинской помощи».

В начале встречи в стенах головного лечебного учреждения Дальневосточной магистрали полпреды железнодорожной компании дали понять, что возможны любые варианты взаимодействия, начиная от участия в совместных образовательных проектах и заканчивая инвестициями в медицину ОАО «РЖД». Они сообщили гостям, что крупнейшая система ведомственного здравоохранения в РФ ныне насчитывает 173 больницы, которые расположены на всей территории страны, ежегодно в медицинских стационарах проходит лечение более 600 тыс. человек, а количество

пациентов, посещающих амбулаторно-поликлинические учреждения компании, превышает более 30 млн. Не так давно на прошедшем в Казани 6-м заседании Российско-Японского консультативного совета по модернизации экономики России структурой, контролирующей всю медицинскую деятельность на российских железных дорогах, был представлен проект сотрудничества двух стран с акцентом на внедрение информационных технологий, которые позволяют осуществлять трансфер компетенций и методик.

зался за создание в Хабаровске при содействии японской стороны международного учебного научно-клинического центра и аргументировал предложение выгодным географическим положением дальневосточной столицы. Не прочь привлечь инвестиционный капитал в своё развитие 408-кочная дорожная клиническая больница на станции Хабаровск-1. По мнению директора ДКБ Александра Ермошина, технологические вливания необходимы таким клиническим областям практической медицины,



Руководящий состав российско-японской встречи в Хабаровске

Медицинская служба ОАО «РЖД» чрезвычайно заинтересована в том, чтобы для железнодорожников и членов их семей стали доступнее консультации зарубежных специалистов. Телемедицинская сеть в негосударственных учреждениях здравоохранения ОАО «РЖД» охватывает 56 студий, одна из них располагается в дорожной клинической больнице на станции Хабаровск-1. Окончательную оценку инициативы, равно другим проектам, даст уже на этой неделе вновь образованная рабочая группа упомянутого Российско-Японского консультативного совета, куда входят представители Минздрава, Минэкономразвития, Минвостокразвития, ОАО «РЖД».

Решения по менее масштабным российско-японским проектам в сфере здравоохранения вряд ли нужно принимать на столь высоком экспертном уровне. Начальник Дальневосточной дирекции здравоохранения – структурного подразделения Центральной дирекции здравоохранения – филиала ОАО «РЖД» Михаил Лазуткин выска-

как хирургическая эндоскопия, урология, оториноларингология, гинекология.

Хабаровск – не единственная точка маршрута в «командировочном удостоверении» японской делегации. После посещения отделенческой клинической больницы на станции Владивосток она в сопровождении руководителей Центральной дирекции здравоохранения – филиала ОАО «РЖД» прилетела в Москву, где, в частности, побывает в ведущих клиниках железнодорожной компании. Похоже на то, что в палитре взаимоотношений России и Японии появится больше, чем раньше, так горячо любимого японцами красного цвета, который у наших соседей ассоциируется с солнцем. Красный, как известно, – цвет корпоративной символики ОАО «РЖД»...

Владимир КЛЫШНИКОВ,
спец. корр. «МГ».

Хабаровск.

Фото автора.

На контроль!

Насколько оперативна медицинская помощь

Более половины россиян считают, что с введением в 2016 г. сроков оказания медицинских услуг в программу государственных гарантий, доступность медпомощи не улучшилась. Таковы данные опроса, проведённого экспертами Общероссийского народного фронта (ОНФ) в рамках контроля за исполнением соответствующего поручения Президента РФ, данного по итогам форума ОНФ «За качественную и доступную медицину!» При этом в ряде регионов пациенты заявили, что время ожидания медицинской помощи в этом году даже увеличилось. Данные исследования ОНФ будут направлены в Минздрав России для проработки с регионами, снизившими качество и доступность медпомощи.

«Опрос ОНФ показал, что введение сроков ожидания медпомощи в программу госгарантий не дали должного результата. По-прежнему нередко машины скорой помощи приезжают к пациентам поздно. А ведь в некоторых случаях, чтобы спасти жизнь людей счёт здесь идёт на минуты и даже секунды. Чтобы исправить ситуацию, необходим контроль конкретно по субъектам. Мы обратимся в Росздравнадзор с просьбой проверить, как в регионах соблюдаются сроки ожидания медпомощи и в случае подтверждения выявленных в ходе мониторинга ОНФ сведений принять соответствующие меры», – подчеркнула член рабочей группы ОНФ «Социальная справедливость», эксперт Народного фронта Разиет Натхо.

Проведённый ОНФ опрос (с 19 по 30 сентября 2016 г.), в котором приняли участие 2,5 тыс. пациентов из 82 регионов, показал, что зачастую пациенты, как и прежде, вынуждены долго ждать необходимой им медицинскую помощь. Так, почти половина опрошенных отметили, что с введением сроков оказания медпомощи в программу госгарантий время ожидания оказания медицинской помощи не изменилось. А 60% респондентов заявили, что доступность медпомощи, в том числе транспортная, в этом году не улучшилась. Также в ходе опроса 80% упомянули о нехватке медкадров, а в 14 субъектах это

отметили абсолютно все опрошенные.

Как показало исследование, лучше всего дело с доступностью медпомощи обстоит в Брянской области. Регион по пяти показателям оказался лидером опроса – более 90% респондентов заявили, что там соблюдаются сроки ожидания и оказания первичной медицинской помощи в неотложной помощи (не более 2 часа), специализированной медицинской помощи (не более 30 календарных дней), приёма участкового (не более 24 часа), приёма врача-специалиста (не более 14 дней), диагностических инструментальных, лабораторных исследований при оказании первичной медпомощи (не более 14 дней). Аутсайдерами опроса почти по всем этим нормативам стали Белгородская и Липецкая области.

В среднем же по стране более 60% респондентов отметили, что соблюдаются сроки оказания первичной медицинской помощи в неотложных ситуациях, более 50% была вовремя оказана специализированная медицинская помощь. При этом четверть опрошенных сказали о том, что участкового врача приходится ждать дольше положенного времени. Более половины пациентов заявили о том, что вовремя попадают к врачу-специалисту. Столько же опрошенных граждан считают, что соблюдаются сроки проведения диагностических

инструментальных и лабораторных исследований при оказании первичной медпомощи.

А вот пройти в срок КТ и МРТ, которых, согласно программе госгарантий, нужно ожидать не более 30 календарных дней, удалось лишь четверти пациентов. При этом в ряде регионов – в Волгоградской и Тульской областях, республиках Адыгея и Коми, все опрошенные заявили о том, что им не оказали данные услуги вовремя.

Лишь к трети россиян скорая медпомощь приехала в течение 20 минут (установленный норматив ожидания). Самая медленная скорая помощь оказалась в Курской, Тульской, Смоленской и Костромской областях, Забайкальском крае. Быстрее всего эта служба работает в Псковской области, республиках Карачаево-Черкесия, Калмыкия, Саха (Якутия), Чувашия.

Кроме того, в ряде регионов, среди которых Севастополь и Крым, Рязанская область и Пермский край, респонденты заявили, что время ожидания медпомощи за этот год увеличилось.

Напомним, что на форуме ОНФ по здравоохранению, состоявшемся в сентябре 2015 г., Президент РФ, лидер Общероссийского народного фронта Владимир Путин поручил правительству уточнить в Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи показатели, устанавливающие сроки ожидания гражданами медпомощи. В эти показатели входят, в том числе, обследования на дорогостоящем медицинском оборудовании, а также время доезда до пациента бригад скорой и неотложной медпомощи. В январе вышла обновлённая программа, где были чётко прописаны сроки оказания видов медпомощи.

Подготовил
Павел АЛЕКСЕЕВ.

Перспективы

Надёжная оценка работы врачей

«Медицинская газета» разместила ТОП-500 рейтинга терапевтов и врачей общей практики на своём сайте mgzt.ru. Читатели «МГ» могут узнать из него, где работают лучшие врачи этих специальностей – в каком регионе, лечебном учреждении, стаж их работы, количество обслуживаемого населения.

Как мы уже сообщали (см. «МГ» № 80 от 21.10.2016), новый Всероссийский рейтинг терапевтов и врачей общей практики представили на совместной пресс-конференции заместитель председателя Правительства РФ Ольга Голодец и министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова.

Чтобы составить его, НИИ организации и информатизации здравоохранения Минздрава России и Национальный исследовательский институт «Высшая школа экономики» проверили результаты труда почти 37 тыс. врачей,

которые отвечают за медицинское обслуживание почти 80 млн россиян. При этом методами математического моделирования оценивались десятки показателей. Например, уровень заболеваемости и смертности, охват диспансеризацией, профилактическая работа, наблюдение за пациентами с хроническими заболеваниями, количество госпитализаций и вызовов скорой помощи. Именно поэтому составленный рейтинг можно назвать вполне точной оценкой индивидуальной работы участковых терапевтов. Таким образом определено, к каким показателям работы надо стремиться и кто из врачей первичного звена сегодня недорабатывает. А это может повлиять на выбор врача пациентами, когда они будут решать, стоит или нет прикрепляться к тому или иному поликлиническому учреждению.

Рейтинг возглавляют 500 врачей из 69 регионов. По числу специалистов, вошедших в число победителей, лидируют Красно-

дарский край, Москва, Санкт-Петербург, Республика Татарстан, Ханты-Мансийский автономный округ – Югра.

«Сейчас формируется бюджет Российской Федерации, и вплоть до 2019 г. в нём учтены все цифры на повышение оплаты докторов, медицинского персонала в соответствии с указами, и это предъявляет серьёзные требования к качеству медицинского обслуживания», – сказала О.Голодец. Она не исключила в будущем премирования лучших врачей.

Рейтинг терапевтов стал первым среди рейтингов работников общественной сферы, который основан исключительно на объективных данных, а не оценках экспертов или пациентов.

Министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова напомнила, что с 2017 г. молодые врачи, прошедшие обучение в медицинских вузах по новым стандартам высшего медицинского образования смогут сразу после сдачи аккредитационного экзамена работать участковыми терапевтами. В первичном звене поэтому дефицит кадров будет устранён в ближайшие 2-3 года, – пояснила министр.

Алексей ПАПЫРИН,
корр. «МГ».

Москва.

Сотрудничество

В Красноярске состоялось подписание соглашения между Министерством здравоохранения Республики Хакасия и Сибирским научно-клиническим центром ФМБА России. Документ предусматривает взаимодействие сторон в сфере трансплантологии. Пациенты из Хакасии, нуждающиеся в пересадке органов, отныне могут быть прооперированы в красноярском СМКЦ. Свои подписи под текстом соглашения поставили министр здравоохранения Республики Хакасия Наталья Коган и генеральный директор Сибирского научно-клинического центра Борис Баранкин.

Соглашение, а не просто обещания

В настоящее время речь идёт только о трансплантации почки, однако в ближайшей перспективе красноярские специалисты планируют внедрить и технологию пересадки печени. Как пояснили в Минздраве республики, дорогостоящие операции жителям Хакасии будут выполняться в СМКЦ по федеральным квотам на высокотехнологичную медицинскую помощь.

Первые двое больных с хронической почечной недостаточностью из Хакасии уже успешно прооперированы в Красноярске. Всего же на сегодняшний день в республиканском регистре пациентов, нуждающихся в трансплантации донорской почки, 15 человек. Ранее жителей республики направляли для проведения таких операций в

клиники Москвы, Омска и Кемерово.

Необходимо добавить, что это уже не первое соглашение между сторонами. Кроме трансплантологии Министерство здравоохранения Хакасии и Сибирский научно-клинический центр ФМБА России взаимодействуют ещё в нескольких направлениях: оказание медицинской помощи по профилям «хирургия», «травматология», «нейрореабилитация». Это позволяет оптимально использовать технические и технологические возможности федерального учреждения в интересах населения двух соседствующих регионов.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Абакан – Красноярск.

Однако

Уголовное дело за... премии



По инициативе Прокуратуры Республики Крым возбуждено уголовное дело о нарушении порядка назначения стимулирующих выплат персоналу Республиканской клинической больницы им. Н.А.Семашко.

Правоохранители возбудили против руководства лечебного учреждения уголовное дело по статье «злоупотребление должностными полномочиями». Соответствующее решение принято Главным следственным управлением Следственного комитета России по Республике Крым по результатам рассмотрения материалов прокуратуры. Ход расследования находится на личном контроле исполняющего обязанности прокурора республики Андрея Фомина.

Как посчитали следователи, в нарушение законодательства членами центральной комиссии по вопросам начисления дополнительных стимулирующих выплат в учреждении здравоохранения принимались решения о премировании в отношении

самых себя, при этом выплаты назначались за заслуги, не предусмотренные установленным перечнем стимулирующих выплат. Всего таким образом за неполные полгода было незаконно выплачено 17,7 млн руб.

В результате на видеоселекторе с главами администраций муниципальных образований глава республики Сергей Аксёнов сообщил, что в больнице установлен факт получения необоснованно завышенной заработной платы руководящим составом медучреждения, и поручил уволить главного врача больницы и его замов и за неделю определить новый руководящий состав. При этом зарплата главного бухгалтера этого лечебного учреждения составляла 550 тыс. руб.

Вскоре главный врач больницы был уволен со своего поста. А теперь против него ещё и возбуждено уголовное дело.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.

МИА Сити!

Республика Крым.

Социологи констатируют: 65% москвичей удовлетворены качеством жизни, из них 45% не отмечают негативной динамики. Это следует из результатов третьего масштабного исследования качества жизни проведённого Всероссийским центром изучения общественного мнения (ВЦИОМ). В исследовании приняли участие 1600 жителей из 137 населённых пунктов в 46 регионах РФ. Кроме этого, в Москве было отдельно опрошено 600 респондентов.

Индикатор – прежний

Как показывают результаты всероссийского опроса нынешнего года, самым значимым индикатором качества жизни по-прежнему остаётся здоровье. Этому показателю присвоено 4,85 балла из 5. В позапрошлом году, к примеру, население оценило важность здоровья в 4,84 балла, в прошлом – в 4,78. Качеству и доступности продуктов питания респонденты отдали 4,73 балла. В минувшем году у данного показателя было 4,68 балла.

Изменились представления россиян о важности экологии и образования. Результаты исследования свидетельствуют, что потребность граждан в чистой экологической среде возросла: значимость этого фактора респонденты оценили в 4,73 балла (в то время как в 2014 и 2015 гг. средние баллы составляли 4,64 и 4,61 соответственно). Кроме того, россияне озабочены качеством образования: этот параметр набрал 4,56 балла, также показав рост: в 2014 г. он оценивался в 4,15 балла, в 2015 г. – 4,51.

Большинство респондентов – 82% опрошенных – важнейшими критериями, влияющими на состояние здоровья, назвали качество продуктов питания и экологическую обстановку. На втором месте у россиян – доступность квалифицированной медицинской помощи (71% опрошенных), «бронзу» между собой поделили следующие факторы: профилактика заболеваний,

климатические условия в месте проживания и возраст/старение (по 63%).

Москвичи рапортуют...

Результаты данного исследования свидетельствуют, что в этом году только 65% москвичей удовлетворены качеством жизни, из них 45% не отмечают негативной динамики. Ровно треть московских респондентов не удовлетворены качеством жизни, причём

снижения дохода половина опрошенных (52%) не готовы экономить на оригинальных препаратах.

Подавляющее большинство – 81% респондентов – заявляют о готовности брать на себя ответственность за собственное здоровье, причём в Москве этот показатель даже выше – 87%. Ещё 14% опрошенных (и 9% по Москве) считают, что ответственность за их здоровье несут медицинские работники, 4% респондентов (по Москве – 5%) возлагают её на государство.

«Качество жизни» – один из важнейших показателей, характеризующих уровень развития государства и общества. В реальности это чрезвычайно сложная, комплексная характеристика, требующая учёта многих показателей в совокупности. Подобные исследования важны тем, что помогают фиксировать и отражать смену – пусть и медленную – определённых приоритетов и ориентиров, – отметил генеральный директор ВЦИОМ Валерий Фёдоров. – Мы оценивали не только критерии

терапии ГКБ № 24 Департамента здравоохранения Москвы Сергей Зырянов.

Как известно, расходы на здравоохранение варьируют в разных странах. США, например, в этом отношении одно из самых «щедрых» государств – медицинские расходы на одного человека здесь в разы превышают расходы многих европейских стран.

При этом разницы в показателях здоровья в разы в США и европейских странах не наблюдается. «С одной стороны, помимо самих

Ситуация

Всем мил не будешь

Треть москвичей недовольны столичным сегментом отрасли

В приоритете отечественное?

за последний год 31% из них не отмечают изменений к лучшему. Аналогичное исследование прошлого года показало, что жители Москвы были больше удовлетворены качеством жизни, чем сейчас (72%). Лишь 27% считали, что их жизнь не соответствует высоким стандартам качества.

Жители Москвы не готовы экономить на лекарственных средствах (4%), питании (17%) и дополнительном образовании (16%). Они скорее предпочтут изменить стиль жизни – скорректировать потребление одежды, мебели, бытовой техники (63%), минимизировать траты на спортивные занятия (48%) и досуг (46%).

Уровень доступности инновационных лекарств для россиян является недостаточным (44% могут себе позволить, 48% – нет), по столице этот показатель чуть ниже: 52% могут себе позволить, 40% – нет. Более половины опрошенных москвичей делают выбор в пользу оригинальных ЛС (56%). В случае

качества жизни и их динамику, он также помогает найти точки соприкосновения между бизнесом, обществом и государством. Это и есть те зоны развития, которые могут способствовать улучшению жизни россиян», – подчеркнул он.

Насильно не оздоровить

Исследование также красноречиво продемонстрировало, что состояние здоровья человека на 60% зависит от его образа жизни, и только на 40% – от качества здравоохранения в стране проживания.

«Качество и структура питания, физическая активность, профилактические меры на 60% определяют здоровье человека. Это подтверждают исследования», – пояснил профессор кафедры общей и клинической фармакологии Медицинского института Российского университета дружбы народов, заместитель главного врача по

затрат важна и эффективность расходов. С другой – человека, который всю жизнь питается гамбургерами, не спасёт самая совершенная система здравоохранения в мире. Сейчас в США серьёзно задумались над государственными программами по изменению пищевых привычек населения», – заявил С.Зырянов.

В понятие «правильного поведения» входит и необходимость своевременного обращения к врачам, не дожидаясь возникновения серьёзных осложнений, вылечить болезнь на ранних стадиях всегда проще. Это предполагает ответственность самого пациента, и как показывают результаты опроса, россияне, в принципе, это понимают. Подавляющее большинство респондентов – 81% (ещё больше таких оказалось в Москве) – заявляют о готовности брать на себя ответственность за собственное здоровье.

Яков ЯНОВСКИЙ.

Акценты

Притяжение Арктики

Здоровье жителей приполярных районов нуждается в особой защите

Придёт время, когда в Арктику, согласно смелым прогнозам, переселится несколько миллионов человек. Уже к сегодняшнему дню там разведаны 594 месторождения нефти, 159 подземных кладовых газа, 2 месторождения никелевых руд и более 350 залежей золота. В освоении значительных пространств и колоссальных минеральных ресурсов континентальной Арктики, которые принадлежат нашей стране, не могут не учитываться интересы и потребности коренного населения русского Севера, включая медицинскую составляющую. Так не пора ли уделять больше внимания охране здоровья как малочисленных местных жителей, так и приезжих специалистов?

Закономерным вопросом задавались участники прошедшей на берегах Невы молодёжной образовательной конференции «Медицина в Арктике: вызовы современному развитию Арктической зоны Российской Федерации».

Более 120 студентов, аспирантов и молодых преподавателей из вузов Северной столицы, готовящих медицинские и фармацевтические кадры, горячо обсуждали проблемы арктического здравоохранения на площадке пленарного заседания и в рамках тематических секций. Главным научным партнёром ор-



Северный морской путь, пролегающий вдоль всей Арктической зоны России, тоже требует надёжного медицинского обеспечения

ганизатора мероприятия – Комитета по молодёжной политике и взаимодействию с общественными организациями Санкт-Петербурга выступил Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И.Мечникова, координирующий деятельность научно-образовательного медицинского кластера «Северный».

Исполняющий обязанности ректора Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета доктор медицинских наук Дмитрий Иванов напомнил собравшимся, что воздействие холода на человеческий организм, особенно

ребёнка, – одно из самых повреждающих воздействий, которые существуют, и здоровье человека в приполярных районах нуждается в особой защите. По мнению проректора по медико-профилактическому направлению СЗГМУ им. И.И.Мечникова, доктора медицинских наук, профессора Александра Мельцера, узким местом в поддержке арктического здравоохранения государством при всём том, что она последние годы масштабирована, является превентивный аспект работы.

– Мы сейчас находимся в начале пути налаживания системы профилактических мер, и нам вместе

с вами предстоит выстроить эту систему и направить в такое русло, чтобы можно было принять взвешенную государственную политику по профилактике заболеваемости в Арктике, – считает педагог и учёный.

Неподдельный интерес вызвало сообщение заведующего НИЛ арктической медицины «мечниковского» университета, доктора медицинских наук, профессора Максима Чашина о воздействии стойких токсических веществ на репродуктивные потери в северных этнических популяциях. В процессе исследовательских наблюдений, которые ещё продолжаются, уда-

лось заключить: вещества из так называемой грязной дюжины, в частности, полихлорированные бифенилы, что попадают в организм коренных жителей с традиционными продуктами питания – мясом и жиром китов, моржей, рыбы, оказывают воздействие на детородную функцию, «управляют выбором пола» (рождается меньше мальчиков), а кроме того, влияют на массу тела новорождённых.

Наиболее рельефно проблемы арктической медицины выявлялись в освещении на тематических секциях «Влияние среды обитания на состояние здоровья и медицинское обеспечение», «Превентивные меры сохранения здоровья». Предметом заинтересованного разговора, в том числе в форме дискуссии, стало множество научных тем: психическое здоровье населения приполярных территорий, процесс старения и возникновение рака в Арктике, влияние света на организм жителей русского Севера, изменение климата и распространение инфекционных и паразитарных заболеваний, роль холода как болезньюмодифицирующего фактора и др.

Под занавес образовательной конференции студенты, аспиранты и молодые преподаватели, разделившиеся на три команды, приняли участие в деловой игре. Эксперты роздали испытуемым задачи, исходя из повестки дня конференции, и ответили на выполнение менее часа. Победителем жюри признало команду «Полярный экспресс», предложившей решение по преодолению синдрома полярного напряжения.

Владимир КЛЫШНИКОВ, соб. корр. «МГ».

Санкт-Петербург.

Фото Александра КУЗНЕЦОВА.

В Красноярске на базе Краевого клинического центра охраны материнства и детства будет создано отделение трансплантации гемопоэтических стволовых клеток на 6 коек, что позволит выполнять 50 пересадок ГСК в год. Его открытие станет событием государственной важности, поскольку на сегодняшний день помощь детям с онкогематологическими заболеваниями, нуждающимся в трансплантации стволовых клеток, оказывается лишь в трёх регионах России – Москве, Санкт-Петербурге и Екатеринбурге. За Уралом ни одного такого учреждения нет.

Впервые об этом заговорили весной нынешнего года, когда в Красноярском центре охраны материнства и детства побывал генеральный директор Федерального научно-клинического центра детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачёва академик РАН Александр Румянцев. Он в целом высоко оценил состояние краевой службы детской онкогематологии и тогда же высказал идею о возможности создания в Красноярском крае службы детской трансплантологии.

Время торопит: на кону детские жизни, поэтому от слов к делу перешли достаточно быстро. К сегодняшнему дню уже подписан трёхсторонний договор между Минздравом Красноярского края, Центром им. Дмитрия Рогачёва и Благотворительным фондом «Подари Жизнь» о реализации проекта по созданию отделения трансплантации стволовых клеток. Красноярские специалисты – хирурги, анестезиологи, лаборанты – начали проходить стажировки на базе Центра им. Дмитрия Рогачёва. А в самом Красноярском центре охраны материнства и детства на днях принимали экспертов – заместителя генерального директора Центра им. Дмитрия Рогачёва доктора медицинских наук Михаила Масчану и директора фонда «Подари Жизнь» Екатерину Чистякову.

Целью их визита было знакомство с кадровой и материально-технической базой ряда подраз-

Проекты

Дорога к спасению станет короче

В Красноярском центре материнства и детства грядут серьёзные перемены



Уровень оснащения красноярского центра порадовал московских гостей

делений, которые так или иначе будут задействованы в создании и работе отделения трансплантации стволовых клеток: лаборатория, отделения онкологии и гематологии, хирургии, детской реанимации, трансфузиологии.

Михаил Масчан назвал отличными стартовые условия, которые имеет для реализации проекта Красноярский центр охраны материнства и детства. В онкогематологическом отделении центра в течение года получают специализированную помощь дети и подростки с онкологическими и гематологическими заболеваниями, проживающие как в Красноярском крае, так и в других регионах Си-

бири. Здесь внедрено более 100 современных методик диагностики и лечения гематологических и онкологических заболеваний.

Вот как прокомментировал итоги встречи и перспективу реализации проекта главный врач Красноярского краевого центра охраны материнства и детства Андрей Павлов:

– Мы надеемся, что по итогам нынешнего визита наших московских коллег руководством Центра им. Дмитрия Рогачёва будет принято окончательное решение об организации здесь отделения трансплантации стволовых клеток. Предварительно наша площадка выглядит наиболее подходящей из

всех других площадок в регионах Сибирского федерального округа. В Красноярске на базе одного медицинского учреждения и, что немаловажно, на одной территории создана инфраструктура для законченного технологического цикла – от рождения ребёнка в перинатальном центре до многопрофильной детской больницы с хорошим отделением реабилитации. Всё это укладывается в представление о том, где должен размещаться центр детской трансплантологии. Разумеется, потребуются подготовка помещений, дополнительное оснащение, но в течение 2-3 лет данный проект вполне можно осуществить, тем более при активном содействии фонда «Подари жизнь».

По словам Андрея Павлова, пока не решён вопрос о юридическом статусе отделения пересадки ГСК – будет ли оно самостоятельным подразделением или филиалом Центра им. Дмитрия Рогачёва. Статус филиала Центра детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачёва позволил бы отделению стать межрегиональным центром детской трансплантологии и принимать на высокотехнологичное лечение в рамках федеральных квот пациентов не только из Красноярского края, но и других регионов Сибири и Дальнего Востока, а кроме того пользоваться как российской, так и международной базой доноров ГСК.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

События

Во всемирный День борьбы с артритом, который прошёл недавно, в Научном центре здоровья детей (Москва) состоялась благотворительная акция с участием детей с ревматическими болезнями, их родителей, врачей, благотворителей и российских артистов. Гости стали участниками глобального флешмоба, итоги которого можно увидеть в сети Инстаграм.

Юные пациенты не дремлют

Они присоединились к мировому флешмобу

Многие дети, страдающие ревматоидным артритом, часто не в состоянии самостоятельно питаться, одеваться и ходить. Мучительная боль лишает их права на движение. Юные пациенты вынуждены проводить большую часть времени в больнице. Высокотехнологичные лекарственные препараты позволяют вернуть к активной жизни даже обездвиженных детей, что невозможно было сделать 5-10 лет назад. К сожалению, дорогостоящая терапия доступна не во всех регионах страны. Поэтому так важно объединить усилия органов власти, профессионального медицинского сообщества и широкой общественности для решения проблем детей с ревматическими болезнями.

По словам главного врача клиники НИИ педиатрии доктора медицинских наук Сании Валиевой, проведение благотворительных акций было инициировано межрегиональной общественной организацией 8 лет назад (тогда Россия впервые присоединилась к Всемирному дню борьбы с артритом) и стало доброй традицией.

Главный детский ревматолог РФ, заведующая ревматологическим отделением НЦЗД, профессор Екатерина Алексеева подчеркнула, что в настоящее время врачи прикладывают все усилия, чтобы юные пациенты были вовремя продиагностированы и получили необходимое эффективное лечение, но дети нуждаются и в психологической поддержке, которую они получают на благотворительных праздниках, где становятся главными участниками.

В этом году дети, их родители и врачи присоединились к глобальному флешмобу, подняли плакаты со слоганом знаменательного дня – «Будущее в твоих руках. Действуй!».

Необыкновенной энергией с участниками благотворительной акции поделился маленький пациент ревматологического отделения Костя Петров из Приморского края. Он завоевал множество наград на краевых фестивалях, а сегодня его слушателями стали соседи по палате, такие же, как он, ребята, вынужденные находиться в больнице. Звенящий голос Кости, казалось, потряс всех без исключения, и уж точно никого не оставил равнодушным.

Свои музыкальные подарки детям также подарили молодые российские исполнители.

После праздничного концерта состоялся творческий мастер-класс. В завершение мероприятия аниматоры вручили всем маленьким пациентам ревматологического отделения подарки.

Организаторы уверены, что праздничная атмосфера наполнила детские сердца теплом, согрела и придала сил и уверенности в будущем.

Острая тема

Куда летает санитарная авиация?

Этот вопрос всё чаще возникает в нашем обществе

Общероссийский народный фронт обратился в Минздрав России с просьбой разъяснить, с чем связаны значительные расхождения в сведениях о бюджетных расходах на санитарную авиацию в регионах. Эксперты ОНФ сопоставили данные по тратам, предоставленные Счётной палатой РФ и главами субъектов. Выяснилось, что цифры отличаются в десятки, а порой и в сотни раз. Так, по сведениям ведомства, в 2014 г. в среднем один вылет санавиации стоил 8,8 млн руб., а по данным губернаторов – 390 тыс. руб.

«ОНФ обратился в Минздрав России с просьбой разъяснить, с чем связаны значительные расхождения в сведениях о бюджетных расходах на санитарную авиацию в регионах. Мы запросим сведения о том, на основании каких документов регулируется работа санавиационных служб, и поставим вопрос о создании единого регламента их работы. К сожалению, пока единого регламента, регулирующего работу служб санавиации, нет, они работают по постановлениям субъектов. Необходимо разобраться, по каким критериям регионы формируют бригады, насколько в конкретных субъектах обоснованно имеющееся число бригад. Эту задачу мы решаем в рамках исполнения поручения Президента РФ о повышении доступности медпомощи, к которой относится и работа санавиационной службы. Ведь если на это тратятся средств

больше, чем требуется, то эти деньги можно перераспределить на другие важные статьи расходов по медпомощи. Это и называется оптимизацией», – сказал координатор Центра ОНФ по мониторингу качества и доступности здравоохранения, депутат Госдумы РФ Николай Говорин.

Рабочая группа ОНФ «Социальная справедливость» в рамках контроля за исполнением поручения Президента РФ, лидера Общероссийского народного фронта Владимира Путина о принятии мер по повышению доступности медпомощи провела мониторинг организации и деятельности санитарной авиации в регионах. В июне 2016 г. эксперты ОНФ изучили предоставленные Счётной палатой РФ данные о деятельности санавиационных служб за 2014 г. Обнаружилось, что стоимость полётов в регионах существенно разнится, а заявленное

число бригад на практике не может соответствовать числу выполненных вылетов.

Получается, в некоторых регионах бригады выполняют непосильную нагрузку, а в других – сидят без дела. Так, в 2014 г. в Москве одна бригада выполнила 585 вылетов, в Калининградской области 7 бригад – 2060 вылетов, в Ямало-Ненецком автономном округе 7 бригад – 3740, а в Алтайском крае 30 бригад осуществили всего 10 рейсов, в Республике Дагестан 27 бригад – всего 5. При этом самые дешёвые вылеты оказались в республиках Калмыкия (5,2 тыс. руб.) и Северная Осетия – Алания (3,3 тыс.), а самые дорогие – в Ленинградской области (208 млн руб.), Архангельской области (426 млн) и Пермском крае (1 млрд).

Изучив данные Счётной палаты РФ, эксперты ОНФ обратились к главам регионов с просьбой предоставить актуальную информацию о численности бригад, количестве выполненных полётов, численности сотрудников и объёмах финансирования. В сентябре в ОНФ поступили отчёты из субъектов, где обозначены совсем другие цифры – как по вылетам, так и по их стоимости. Так, средняя стоимость

вылета в 2014 г. составила 390 тыс. руб., при этом максимальная была зафиксирована в Мурманской области (1 млн руб.), минимальная – в Краснодарском крае (52 тыс.).

Если, по данным Счётной палаты, один вылет в Ленинградской области в 2014 г. стоил 208 млн руб., то по сведениям главы субъекта – 255 тыс. Кроме того, в отчёте, поступившем от администрации региона, говорится, что там нет собственной санавиации, услуга по скорой специализированной помощи предоставляется на контрактной основе с подрядчиком.

В Хакасии не смогли сообщить о численности бригад и их количестве за 2014 г. При этом, по данным Счётной палаты РФ, в республике было совершено больше всего рейсов в 2014 г. – 3147. А в Алтайском крае в этот период количество бригад более чем в 3 раза превышало число полётов – 33 бригады и 10 вылетов, что почти совпадает с данными Счётной палаты РФ – 30 и 10 соответственно. В ЯНАО в 2014 г., по данным ведомства, 7 бригад осуществили 3740 вылетов, а по сведениям губернатора – всего 3 бригады вылетали 1117 раз.

Алексей СУББОТИН.

Ирина ТАТЬЯНИНА.

В прекрасном здании Дома дружбы народов в Ижевске состоялся XXVI Российский симпозиум «Современные аспекты хирургической эндокринологии», именуемый «Калининские чтения» в честь патриарха отечественной хирургической эндокринологии, члена-корреспондента РАН Ариана Калинина. Это была очередная междисциплинарная встреча с участием хирургов, онкологов, терапевтов-эндокринологов, врачей лабораторной и лучевой диагностики, патологоанатомов. К открытию симпозиума под редакцией профессора кафедры факультетской хирургии Ижевской государственной медицинской академии Светланы Стяжкиной была издана книга «Страницы жизни и лабиринты судьбы...», в которой нашла отражение многогранная деятельность Ариана Павловича в хирургической эндокринологии.

По главным вехам

Ариан Павлович родился в городе Ардатове, входящем ныне в Республику Мордовия. То, что это не просто географическая точка на карте, говорят его слова, приведённые в книге: «...Я могу считать себя земляком И.М.Сеченова, создавшего учение об условных рефлексах. Могу считать себя и земляком гениального скульптора С.Д.Эрзя, жившего в 4 км от Ардатова. В.Ф.Войно-Ясенецкий начал свою трудовую деятельность гражданским врачом в Ардатове. А во время Гражданской войны на местной водяной мельнице жил И.Б.Тито. Говорят, что через Ардастов проезжал А.С.Пушкин когда следовал в Оренбург для сбора материала о Пугачёвском восстании».

Выходец из «великого города Ардатова», как называет малую родину Ариан Павлович, он более 40 лет возглавлял отделение хирургической эндокринологии в Московском областном научно-исследовательском клиническом институте им. М.Ф.Владимирского. Теперь отделением руководит его ученик, доктор медицинских наук Тимур Бритвин, а Ариан Павлович остаётся ведущим научным сотрудником института, продолжает заниматься научной работой, к нему обращаются за советами хирурги-эндокринологи из разных регионов России. И хотя на этот симпозиум Ариан Павлович не смог приехать, его присутствие ощущалось в атмосфере



Каждый доклад вызывал горячее обсуждение

Деловые встречи

Эндокринология: за пределы достигнутого

Калининские чтения прошли в Ижевске

Стрелков и министр здравоохранения Удмуртской Республики профессор Алексей Чуршин. Они выразили уверенность, что междисциплинарное взаимодействие специалистов на чрезвычайно сложном направлении медицины позволит добиться успехов в сражении с тяжёлыми болезнями и придаст новые силы тем, кто в нём задействован, кто щедро делится с коллегами новыми наработками. И ректор, и министр пожелали участникам активных споров и дискуссий, что даст новый заряд в решении общих проблем в эндокринологии.

и взять на вооружение. Профессор Анатолий Романчишен, руководитель Санкт-Петербургского городского центра эндокринной хирургии и онкологии органов эндокринной системы, представил доклад «Понятия и применение терминов «неоперабельный больной» и «нерезектабельный рак щитовидной железы» в тиреоидной хирургии». В этом лечебном учреждении 145 пациентам были выполнены комбинированные операции. В других же стационарах им было отказано в лечении в связи с распространённостью первичных и рецидивных карцином. Оказалось, что помочь им можно: 5-летний рубеж пережили 81,9% пациентов, 10-летний – 71,1%. То есть профессионально выполненные операции при нерезектабельном раке щитовидной железы у неоперабельных больных обеспечили выздоровление или значительно продлили их жизнь.

Доктор Александр Квасов, представлявший Рязанский медицинский университет им. И.П.Павлова, проанализировал отдалённые результаты лечения 428 больных с диффузным токсическим зобом. Выявлены основные причины, определяющие тиреоидный статус пациентов после операции в ближайшем и отдалённом периоде наблюдений. На основании этого анализа сделаны выводы по рассматриваемым проблемам. Оперативное лечение больных с диффузным токсическим зобом – сложное хирургическое вмешательство. Оно должно быть хирургически адекватным и эндокринологически достаточным, то есть с сохранением функции оставшейся части щитовидной железы.

Опыт диагностики и лечения метастазов рака почки в органы эндокринной системы поделился Владимир Аристархов (Рязань).

Интересными были выступления о тактике при микрокарциномах щитовидной железы (Симферополь), об особенностях операций и послеоперационного периода у больных с доброкачественной

патологией щитовидной железы (Саратов), о применении метода молекулярного исследования для дооперационной диагностики высокодифференцированного рака щитовидной железы (Томск), о причинах и следствиях интраоперационных воздействий на возрастные гортанные нервы (Санкт-Петербург), о возможностях иммуногистохимического исследования щитовидной железы (Ижевск).

Много было на симпозиуме стендовых докладов, затрагивались вопросы диагностики и лечения патологии щитовидной железы у беременных (Махачкала), лечения больных с синдромом диабетической стопы (Уфа), выбора минимальноинвазивных вмешательств

на щитовидной железе в Республиканской клинической больнице № 1 – провёл профессор Анатолий Романчишен. На втором – возможности УЗИ при диагностике нарушений функции гортани после операций на щитовидной и околощитовидной железах – модераторами выступили Виктор Макарыш (Санкт-Петербургский многопрофильный центр Минздрава России, Университетская клиника), Владимир Животов и Павел Янкин (Национальный медико-хирургический центр им. Н.И.Пирогова, Москва). На третьем – использование нейромониторинга гортанных нервов при операциях на щитовидной железе – видеопрезентацию представил Виктор Макарыш.



В зале Дома дружбы народов

на щитовидной железе (Санкт-Петербург).

На специальном секционном заседании обсуждались причины заболеваний надпочечников и парашитовидных желёз. Анализ 20-летнего опыта диагностики и хирургического лечения метастатических опухолей надпочечников представил М.Белошицкий (Москва).

Актуальная проблема о реабилитации пациентов после операций на щитовидной, околощитовидных железах и надпочечниках, также была обсуждена на симпозиуме (Ижевск).

Отдельное секционное заседание было посвящено 60-летию эндокринологической службы Удмуртии. На нём особо прозвучала тема «Осложнения сахарного диабета. Метаболический синдром». Речь шла о новых технологиях в лечении анемий в эндокринологической практике, сахарного диабета 2-го типа. Участники выслушали два взгляда – хирурга и эндокринолога на проблему иммунотерапии при лечении синдрома диабетической стопы.

На финише симпозиума прошли 3 мастер-класса. Первый – выполнение хирургических операций

В рамках форума прошёл «круглый стол» по актуальным вопросам хирургической эндокринологии. Обсуждались дискуссионные вопросы заболеваний щитовидной, парашитовидной желёз, надпочечников, осложнённых сахарного диабета, метаболический синдром.

Мы вместе, как одна семья

Корреспондент «МГ» выслушал мнение участников о том, чем их обогатил нынешний симпозиум.

Профессор Татьяна Евменова, заведующая отделением эндокринной хирургии областной клинической больницы (Кемерово):

– Первый раз я была на форуме в 1993 г., когда открывалось наше отделение. С тех пор не пропускаю ни одного. Благодаря стараниям Ариана Павловича они проходили регулярно. Ещё будучи ассистентом, я поняла, что по хирургии щитовидной железы можно сделать научное исследование. Познакомилась с Арианом Павловичем, он поддержал эту идею. Да и в дальнейшем всегда внимательно относился к таким



Среди молодых коллег (на переднем плане) профессор Анатолий Романчишен

доброжелательности и профессиональной ответственности за дело, которому он посвятил свою жизнь. В обращении к участникам столь значимого для него форума, он пожелал умножения авторитета эндокринологической науки, обобщения накопленного опыта для дальнейшего развития этой области медицины.

Участников симпозиума тепло приветствовали ректор Ижевской государственной медицинской академии профессор Николай

Тон деловому настроению задали фольклорный ансамбль традиционной удмуртской песни, выступивший перед началом пленарных заседаний. А потом были три дня напряжённой работы.

От докладов к мастер-классам

Каждый доклад вызвал интерес тем, что в нём содержались результаты исследований или операций, которые предстояло осмыслить

работам. Те позиции, которые мы отработывали у себя в клинике, остаются неизменными. Поэтому симпозиумы дорогого стоят, на них всегда идут интересные обсуждения. Мы – как одна семья, и глава этой семьи, конечно же, Ариан Павлович.

Профессор Зинаида Афанасьева (кафедра онкологии, радиологии и паллиативной медицины, Казанская государственная медицинская академия):

– Считаю, что благодаря хорошей организации XXVI симпозиум удался. Много прозвучало интересных докладов. Собирались вместе эндокринологи, хирурги, онкологи. Что вынесла для себя нового? Во-первых, были обсуждены многие вопросы диагностики и тактики лечения практически всех заболеваний щитовидной железы, требующих хирургического вмешательства. Разбирались и с опухолями надпочечников, причём подходы хирургов и онкологов по тактике лечения этой категории больных иногда расходятся, что требует дальнейшего обсуждения и выработки единого мнения. Но каких бы размеров ни был рак, это рак. Если он выявлен, надо лечить пациента. Так считаем мы – эндокринологи.

Самым главным на симпозиумах является общение специалистов, выяснение разных точек зрения, но при этом мы остаёмся коллегами, добрыми друзьями – так всегда воспринимал наше сообщество Ариан Павлович, охранявший и умножавший его авторитет.

Профессор Сергей Юрьевич (Южно-Уральский государственный медицинский университет, Челябинск):

– Симпозиум много дал для практической работы. Но следует отметить, что не были представлены доклады по организации специализированной медицинской помощи эндокринологическим больным, которая, на мой взгляд, определяет нашу последующую тактику. Чёткая организация такой помощи – это основа. Могу похвалиться, что в Челябинске, в нашем центре работа организована так, что пациенты находятся на пожизненном наблюдении.

Профессор Алексей Барсуков (Смоленский государственный медицинский университет):

– Моё предложение – проводить совместные семинары врачей разных специальностей. Обмениваться возможностями диагностики.

Профессор Игорь Макаров (Самарский государственный медицинский университет):

– Мы обсуждали назревшие проблемы в эндокринологии. Если говорить о самарских «наработках», то преобладающее число больных, оперированных по поводу доброкачественных заболеваний щитовидной железы, – это пациенты с многоузловым нетоксическим зобом в возрасте 50-60 лет. Считаю индивидуальный подход к выбору объёма операции одним из основополагающих принципов хирургического лечения этих заболеваний.

Доктор медицинских наук Ирина Котова, ведущий сотрудник отделения эндокринологии МОНИКИ им. М.Ф.Владимирского:

– Очень рада тому, что на симпозиуме активно использовалась такая доступная, открытая и понятная форма обсуждения, как «круглый стол». Всем желающим была предоставлена возможность высказать мнение по тому или иному вопросу.

Доктор медицинских наук Вячеслав Михайлович, заведующий кафедрой общей хирургии Медицинской академии им. С.И.Георгиевского (Симферополь):

– Уже много лет занимаюсь проблемами щитовидной и паращитовидной желёз. На симпозиуме впервые. Интересно то, что здесь происходит пересечение различных мнений и школ. И это правильно. Я считаю, что истина рождается во время спора, дискуссий, сопоставления позиций. Мы предложили провести следующий симпозиум в Крыму. Приглашаем коллег к нам в гости.

На симпозиуме много говорили о первичном и вторичном гиперпаратиреозе. В последние годы эта проблема приобрела особую актуальность.

Профессор Светлана Стяжина, лауреат Государственной премии (Ижевская государственная медицинская академия):

– Мы стали лучше диагностировать заболевания надпочечников, околощитовидных и щитовидной желёз и, конечно, более успешно лечить таких больных. Позитивные сдвиги получены в исследовании патологии паращитовидных желёз, и это важно, поскольку эти органы отвечают за многие обменные процессы. А симптоматика их за-

ещё много. На обследовании у больных увидели послеоперационные проявления гипопаратиреоза. Это такое состояние, которое лечится с трудом, развиваются побочные эффекты. Если нет злокачественного потенциала, большого не оперируем (меньше 4 см). Теперь это настолько очевидно, что щитовидная железа – это орган, который надо беречь как зеницу ока, а ткани играют обменную функцию. Как делали раньше? Убрали – и до свидания, проблем нет. Но они есть – остаётся тяжёлый фон недостаточности. Поэтому при исследовании нужно тщательно всё взвешивать, чтобы определить объём вмешательства на щитовидной железе и тем самым уменьшить риск нарушения кровообращения околощитовидных желёз.

– Светлана Николаевна, вас можно поздравить с выходом книги об Ариане Павловиче Калинине. Исходя из названия, в ней действительно отражены яркие страницы его жизни.

– Жизнелюбию и оптимизму Ариана Павловича можно только позавидовать. Уже на протяжении многих лет он служит примером для подражания, для воспитания молодого поколения студентов, ординаторов, аспирантов, врачей, научных работников. Без преувеличения его можно на-



Выступает фольклорный ансамбль традиционной удмуртской песни

болевания является многоликой, это и нарушение артериального давления, и камни в почках, и ломкость костей, и боли в суставах, и язвенное поражение желудочно-кишечного тракта. И всё это зависит от состояния 4 маленьких органов – паращитовидных желёз.

Сегодня мы приходим к выводу, что операции на эндокринных органах должны быть более щадящими, чтобы по возможности не вызывать эндокринных расстройств. Это актуально и при злокачественных опухолях эндокринных желёз.

Сейчас проводятся попытки реализовать европейскую систему, предусматривающую предоперационную подготовку и восстановление больного в кратчайшие сроки. То есть большие разрезы и длительные операции уходят. Послеоперационное ведение предполагает раннее вставание, своевременный приём эндокринных препаратов. Жизнь больного зависит от многих факторов, и мы стараемся повернуть их в нужном направлении. Проводим диспансеризацию на предмет выявления заболеваний паращитовидной и щитовидной желёз. Чётко определяем показания к операции. И конечно, этому предшествует тщательная подготовка к ней. Хирургу нужно не только грамотно прооперировать, но и максимально реабилитировать пациента после хирургического вмешательства. В этом и есть новизна современных аспектов хирургической эндокринологии.

Когда стали активно заниматься эндокринной хирургией, то выяснилось, что нерешённых вопросов

звать героем нашего времени. Его жизненный путь вызывает большое уважение коллег, учеников в России и странах ближнего и дальнего зарубежья. 1 марта 2017 г. Ариану Павловичу исполнится 90 лет. Значение его трудов для науки бесценно. Я позволю процитировать слова А.Некрасова: «Природа-мать, когда б таких людей ты иногда не посылала миру, заглохла б нива жизни...»

Это и о нём, о нашем замечательном патриархе отечественной хирургической эндокринологии.

Постоянное участие Ариана Павловича в симпозиумах служило притягательной силой, собирающей специалистов со всех концов страны. В этом году на форум приехало 300 врачей, можно сказать, вся Россия была представлена в Удмуртии. Прозвучало около 40 докладов, 90 сообщений, организованы мастер-классы, а это учёба, обмен опытом. Убедительно прозвучали многие рекомендации, к примеру, применение иммунологических препаратов при лечении диабетической стопы. Этот симпозиум вписал яркую страницу в историю отечественной хирургической эндокринологии.

Эстафету следующего всероссийского симпозиума принимает от нас Крым. Пожелаем коллегам провести его на высоком уровне.

Галина ПАПЫРИНА, Александр ХУДАСОВ (фото), специальные корреспонденты «МГ».

Ижевск.

Перемены

ФАПы приживаются на Сахалине

А с ними приходят работать молодые медики

В островном регионе модернизируют сферу здравоохранения. Большое внимание уделяется кадровой политике, привлечению на Сахалин и Курилы новых специалистов и созданию для них достойных условий труда.

Так, в регионе разработан комплекс мер социальной поддержки в виде выплаты подъёмных средств от 725 тыс. до 1 млн 300 тыс. руб. и предоставлении служебного жилья. В этом году планируется приобрести ещё 148 квартир на первичном и вторичном жилищном рынке. Всего в 2016 г. в областную медицину придут работать 130 молодых врачей. Кроме этого, на Сахалине активно ремонтируются действующие больницы и строятся новые объекты здравоохранения. В ближайшее время будет запущен первый в регионе перинатальный центр. Также для оказания помощи в сёлах и труднодоступной местности создаётся система фельдшерско-акушерских пунктов. Построенные по типовому проекту здания уже обеспечивают население доступной медицинской помощью. Совсем недавно на севере Сахалина торжественно открыли три новых ФАПов.

По словам врачей, жители несомненно рады тому, что в их отдалённых сёлах появились фельдшерско-акушерские пункты. Это, во-первых, новые здания, оснащённые современным оборудованием. Во-вторых, повышенная функциональность помещений, в которых приходилось работать до их открытия. Площадь помещений намного больше, чем в старых больницах. Также кабинеты подключены ко всем жизнеобеспечивающим источникам.

Проектирование и возведение ФАПов осуществляется в рамках Государственной программы «Развитие здравоохранения Сахалинской области на 2014-2020 гг.». Все ФАПы возводятся по типовому проекту из быстровозводимых модулей. Общая площадь одного здания – более 200 м². Помещения разделены на две зоны – рабочую и жилую. Это, кстати, помогает решить ещё одну актуальную задачу – обеспечения медиков жильём. Половина ФАПов – это полноценная 2-комнатная квартира со всем необходимым для комфортного проживания. Пункт оснащён современным высокотехнологичным оборудованием.

Открытие новых фельдшерско-акушерских пунктов приносит в самые отдалённые уголки острова качественные медицинские услуги. Надо отметить, что в данном случае вопрос сохранения здоровья населения является приоритетным.

ФАП в отдалённом селе Чир-Унвд на севере острова не только принёс качественную медицину его жителям, но и сыграл особую роль в профессиональной жизни молодого фельдшера Анастасии Винюковой. Она, окончив базовый медицинский колледж в Южно-Сахалинске, пожелала вернуться в родное село. И вместе с трудоустройством девушка получила ключи от 2-комнатной квартиры.

Сеть ФАПов развивается на Сахалине и Курилах уже несколько лет. Но в последние 1,5 года темпы строительства значительно ускорились. Региональное руко-

водство приняло принципиальное решение обеспечить доступной медицинской помощью как можно больше сёл. Всего около года назад открывали новый ФАП в селе Воскресенское Анивского района. Недавно ФАП открылся в селе Восход. В нём уже установлено современное оборудование, и очень скоро здесь смогут принимать пациентов. Также пункт открылся в селе Адо-Тымово, медицинские работники которого осуществляют наблюдение за развитием подрастающего поколения, в том числе осуществляют патронажный обход новорождённых.

Настоящим праздником для жителей стало открытие нового ФАПов в селе Рошино Смирновского района. В типовом здании пункта созданы все условия, чтобы разделить потоки пациентов, провести необходимые диагностические исследования, взять анализы, оказать экстренную или плановую помощь. Здесь расположены прививочный и процедурный кабинеты, комната приёма детей (от первого года жизни), смотровой кабинет для женщин. При этом в штате ФАПов всего три человека: фельдшер, медицинская сестра и санитарка. Кроме них здесь ежемесячно будут вести выездные приёмы и узкие специалисты из центральной районной больницы: педиатр, хирург, невролог, нарколог-психиатр.

Обновили медицинское учреждение также и в селе Возморье Долинского района. Следует отметить, что от Возморья до районного центра – 80 км, поэтому ФАП важен не только для этого населённого пункта, но и для многих жителей региона. Через Возморье проходит оживлённая федеральная автотрасса, идущая с юга на север Сахалина, на которой часто случаются аварии. Чтобы обеспечить помощь пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях, в штат ФАПов во Возморье, против обыкновения, включён врач.

Во время торжественной церемонии открытия пункта заместитель председателя правительства Сахалинской области Александр Житков отметил, что завершение строительства нового фельдшерско-акушерского пункта стало важным этапом в развитии Возморья.

– В сахалинских сёлах будут строиться современные, комфортные ФАПы, – сказал заместитель председателя правительства. – Старые неудобные постройки должны уйти в прошлое.

В октябре к работе во Возморье приступит новый фельдшер. В село вместе с семьёй он приедет из Красноярского края и сразу получит ключи от 2-комнатной квартиры, которая является частью ФАПов.

В 2017 г. ожидается открытие фельдшерско-акушерских пунктов в сёлах Зональное, Новиково, Парусное, Раздольное и амбулаторий в посёлках Яблочное, Восток, Арги-Паги.

Программа строительства фельдшерско-акушерских пунктов в Сахалинской области рассчитана на 2016-2020 гг. В 2016 г. возведут 10 новых медучреждений. Ещё 4 появятся в островном регионе в 2017 г.

Николай РУДКОВСКИЙ, соб. корр. «МГ».

Сахалинская область.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 77 (2016)

Семейная гиперхолестеринемия – аутосомно-доминантное заболевание, характеризующееся резким повышением уровня холестерина липопротеидов низкой плотности (ЛНП) в плазме, клинически проявляющееся ранним развитием атеросклеротического поражения магистральных сосудов и возникновением сердечно-сосудистых заболеваний в молодом возрасте. Гомозиготная Семейная гиперхолестеринемия впервые была описана в 1964 г. Kachadurian в ливанской популяции.

Распространённость. Семейная гиперхолестеринемия относится к одному из наиболее распространённых моногенных заболеваний человека, частота его гетерозиготной формы – 1 : 250 000. Шансы двух не связанных родством гетерозигот вступить в брак равны 1 : 250 000, и шанс рождения у них ребёнка с наследованием двух мутантных аллелей рецептора ЛНП-гомозиготы составляет 1 : 4. Гомозиготная форма заболевания в общей популяции встречается гораздо реже, её частота – 1 : 1 млн. Вероятность брака между гетерозиготами значительно повышается, когда, например, существует традиция инбредных браков.

Генетические аспекты. Семейная гиперхолестеринемия представлена в каталоге Мак-Кьюсика под номером OMIM 143890. Согласно открытию J.S.Goldstein, M.S.Brown, сделанному в 1975 г., причиной моногенной гиперхолестеринемии является отсутствие у гомозигот или уменьшение у гетерозигот клеточных рецепторов к липопротеидам низкой плотности, обусловленное мутацией в гене специфического рецептора ЛНП, следствием чего является снижение скорости удаления липопротеидов низкой плотности из кровотока.

Ген рецепторов ЛНП, определяющий структуру или функции рецепторов к липопротеинам низкой плотности на соматических клетках картирован на коротком плече 19-й аутосомной хромосомы. Мутации этого гена вызывают нарушение структуры или функции рецепторов к липопротеидам низкой плотности на соматических клетках и/или их количества. В настоящее время описано свыше 200 мутаций гена. В случаях родственных браков мутации рецепторов ЛНП-гомозигот будут одинаковыми, а гомозиготы – «истинными» (true homozygotes), в отличие от тех гомозигот, родители которых рождены в разных регионах, при этом мутации рецепторов ЛНП, как правило, различные (compounds homozygotes). У рецепторнегативных гомозигот активность



Рис. 1. Плоские кожные ксантомы

рецепторов ЛНП, измеренная на фибробластах кожи, обычно не превышает 2%, а у рецептордефектных пациентов колеблется от 2 до 25% от нормальной.

Нарушение липидного обмена. Основными нарушениями при семейной гиперхолестеринемии являются резкое повышение ЛНП, самого богатого холестерином класса липопротеидов, являющегося главной транспортной формой холестерина в организме человека. Основным белком липопротеидов низкой плотности является апопротеин В (апо В). Вследствие дефицита ЛНП-рецепторов нарушается связь ЛНП с апо В, что приводит к снижению катаболизма ЛНП печенью. Происходит увеличение времени циркуляции ЛНП, при этом захват ЛНП клетками происходит нерепепторным способом, что ведёт к образованию изменённых, модифицированных форм ЛНП, обладающих высокой атерогенностью.

Следствием нарушения обмена ЛНП является резкое увеличение содержания холестерина в крови. Уровень холестерина крови при гомозиготной форме семейной гиперхолестеринемии повышается до 600-1200 мг/дл (15-30 ммоль/л), при гетерозиготной форме семейной гиперхолестеринемии – до 280-500 мг/дл (7-12,5 ммоль/л), при

нормальном уровне холестерина 120-180 мг/дл (3-4,5 ммоль/л).

По классификации Фредериксона семейная гиперхолестеринемия относится к гиперлипопротеинемии IIa типа. В ряде случаев семейная гиперхолестеринемия может проявиться и гиперлипопротеинемией IIb типа (см. табл. 1).

Уровни холестерина липопротеинов высокой плотности и аполипопротеинов А-I и А-II у гомозигот снижены, что обусловлено комбинацией метаболических дефектов в виде усиленного катаболизма и сниженного синтеза апо А-I.

Патогенез. Нарушенный катаболизм ЛНП

Семейная гиперхолестеринемия как причина раннего развития атеросклероза у детей

Характеристика гиперлипидемий, встречающихся при семейной гиперхолестеринемии

Тип ГЛП*	ОХС	ЛПНП	ТГ	ЛПОНП	Клиника
II a	↑↑	↑↑	норма	норма	Ксантомы (1, 2)
II б	↑↑	↑↑	↑↑	↑↑	Ксантомы, ксантелазмы (рис. 1, 2, 3)

Примечание*

ГЛП – гиперлипопротеидемия;
ОХС – общий холестерин;
ЛПНП – липопротеиды низкой плотности;
ТГ – триглицериды;
ЛПОНП – липопротеиды очень низкой плотности.

печенью и другими тканями приводит к увеличению содержания ЛНП и образованию изменённых модифицированных форм, обладающих высокой атерогенностью. Вследствие этого скорость развития всех стадий атеросклеротического процесса возрастает. Резко ускоряется процесс трансформации гладкомышечных клеток в пенные, происходит васкуляризация интимы и меди, формирование атеросклеротических бляшек, что приводит к ремоделированию и стенозированию сосудистого русла. Продолжительное воздействие высокой концентрации ЛНП вызывает микрососудистое проникновение липопротеидов в ткани и раннее возникновение ксантоматоза.

Клинические проявления. Кожные изменения являются наиболее ранними клиническими проявлениями моногенной гиперхолестеринемии. Они характеризуются возникновением различных видов ксантом. Эруптивные ксантомы – ксантомы маленького размера (обычно не больше просыаного зёрнышка), располагаются, как правило, группами на коже туловища, коленей, локтей, ягодиц, ладоней и даже на слизистой оболочке полости рта.

Плоские ксантомы (ксантоматозные бляшки) располагаются на ягодицах, в межпальцевой области, на ладонях и передней части колен, на сгибательной поверхности локтей и коленей (локтевая и подколенная ямки). Их развитию способствуют частые сгибания кожных складок с дополнительным давлением в области сгибательных и разгибательных сторон суставов (рис. 1).

Туберозные (бугорчатые) ксантомы, как правило, локализируются на коже разгибательных поверхностей суставов локтей, в области ягодиц, шеи, подбородка и стоп и являются наиболее специфичным признаком семейной гиперхолестеринемии (рис. 2).



Рис. 2. Туберозные и сухожильные ксантомы

Нарушения опорно-двигательного аппарата. Сухожильные ксантомы являются основным симптомом со стороны опорно-двигательного аппарата и могут встречаться во всех сухожилиях, однако чаще всего в ахилловых и сухожилиях разгибателей пальцев кисти и имеют вид плотных, медленно растущих опухолевидных образований. Сухожильные ксантомы обычно протекают бессимптомно, но в случае воспаления при травматизации могут быть болезненными. Гистологически характеризуются перисухожильным расположением ксантомных клеток, сочетающихся с клетками воспалительного интрафильтрата. Могут наблюдаться субпериостальные ксантомы, располагающиеся выше бугристости большеберцовой кости или в области разгибательной поверхности локтевого сустава.

Офтальмологические изменения характеризуются ксантелазмами – слегка возвышающиеся плоской формы пятна, с жёлтой окраской, расположены единично или множественно в области внутреннего угла глазной щели (рис. 3), а также роговичными

анамнезом по сердечно-сосудистым заболеваниям (в возрасте до 60 лет), у пациентов с высоким уровнем холестерина и их детей.

Критерии диагностики семейной гиперхолестеринемии:

- кожные и сухожильные ксантомы;
- выраженная гиперхолестеринемия: общий холестерин выше 15 ммоль/л (у пациента без желтухи моложе 20 лет при уровне триглицеридов менее 2,3 ммоль/л),
- гиперхолестеринемия у обоих родителей (более 7 ммоль/л).

Дефект рецепторов к липопротеидам низкой плотности, подтверждённый анализом ДНК (дополнительно).

Дифференциальный диагноз. Фенотип гомозиготной семейной гиперхолестеринемии может перекрываться с ограниченным числом других заболеваний, а именно: наследственным дефектом апо В-100, аутосомно-рецессивной гиперхолестеринемией и ситостеролемией.

Наследственный дефект апо В-100 обусловлен одноклеточной заменой в гене апо В-100, затрагивающий кодон 3500 и

выявляется с помощью молекулярно-биологической диагностики. При этом имеется нарушение структуры апо В-100 в положении 3500 с заменой аргинина на глутамин. Ген локализован на 2-й хромосоме.

При этом заболевании, так же как и при семейной гиперхолестеринемии, наблюдается повышенный уровень липопротеидов низкой плотности плазмы при нормальном уровне триглицеридов, ксантомы сухожилий, ранний атеросклероз. Однако уровень ЛПНП у гомозигот с наследственным дефектом апо В-100 значительно ниже по сравнению с гомозиготной формой семейной гиперхолестеринемии, приближаясь к гетерозиготам с семейной гиперхолестеринемией. Атеросклероз коронарных сосудов при наследственном дефекте апо В-100 развивается гораздо позже, чем у гомозигот с семейной гиперхолестеринемией, в возрасте 40-60 лет.

Аутосомно-рецессивная гиперхолестеринемия (autosomal recessive hypercholesterolemia, ARH) – тяжёлое заболевание, похожее на гомозиготную семейную гиперхолестеринемию по наличию ксантом большого размера. Отличается менее высоким уровнем липопротеидов низкой плотности плазмы (занимает промежуточное положение между уровнями, характерными для гетерозигот и гомозигот с семейной гиперхолестеринемией). Ишемическая



Рис. 3. Ксантелазмы – узелки желтоватого цвета, под нижними и над верхними веками

болезнь сердца развивается позже – на 3-м десятилетии жизни. У obligatных гетерозиготных родителей пациентов с этой патологией отмечается нормальный уровень липопротеидов низкой плотности плазмы. Активность рецепторов липопротеидов низкой плотности в культивированных фибробластах пациентов с аутосомно-рецессивной гиперхолестеринемией нормальная, мутации в гене рецептора ЛНП отсутствуют.

Ситостеролемия – редкое аутосомно-рецессивное заболевание, впервые описанное в 1973 г. У больных накапливается уникальная форма липопротеидов низкой плотности, содержащих большое количество растительных стеролов (ситостерол, кампестерол, стигмастерол) в дополнение к холестерину. За счёт двух метаболических дефектов: повышения абсорбции холестерина пищи и раститель-

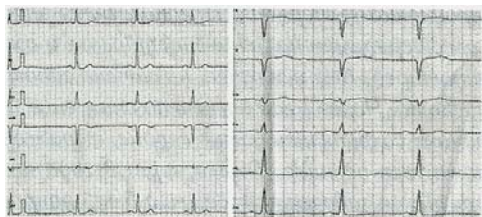


Рис. 4. ЭКГ ритм синусовой деформации комплекса QRS по типу QS в отведениях V1-V2

ных стеролов и снижения экскреции этих стеролов в желчь. Данные нарушения ведут к накоплению холестерина в печени, который подавляет транскрипцию гена рецептора к ЛПНП, вызывая их накопление в плазме. Ситостеролемиа вызывается мутациями одного из двух генов, кодирующих транспортёры ABCG5 и ABCG8 (ABC – adenosine triphosphate-binding cassette). Известно более двух десятков мутаций этих генов. У пациентов с ситостеролемией отмечается повышение холестерина ЛПНП более 13 ммоль/л, и часто появляются плоские ксантомы. Могут развиваться аортальный стеноз и ранний коронарный атеросклероз. Характерная клиническая особенность этого заболевания – гемолиз, как предполагают, вследствие включения растительных стеролов в мембраны эритроцитов. Уровень холестерина в плазме у пациентов с ситостеролемией резко реагирует на ограничение потребления холестерина с пищей, что снижает поступление стеролов в организм, а также на приём секвестрантов желчных кислот, которые усиливают экскрецию холестерина вследствие повышения синтеза желчных кислот. Диагноз ситостеролемии следует иметь в виду у лиц с ксантоматозом и гиперхолестеринемией, у родителей которых холестерин не повышен. При ограничении холестерина в потребляемой пище или приёме анионообменных смол уровень липопротеидов низкой плотности резко снижается. Верификация диагноза – экстракция липидов из плазмы и фракционирование стеролов с использованием газо-жидкостной хроматографии.

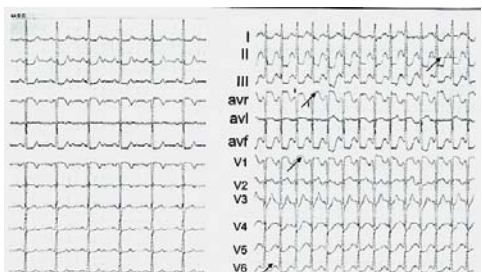


Рис. 5. Динамика ЭКГ на фоне теста с дозированной физической нагрузкой (объяснение в тексте)

Лечение. Ранняя диагностика семейной гиперхолестеринемии, проведённая на основании биохимических или генетических данных, позволяет осуществлять медикаментозное лечение, которое у молодых пациентов более эффективно, чем у пациентов с развёрнутыми проявлениями атеросклероза.

Диета имеет определяющее значение в коррекции семейной гиперхолестеринемии в детском возрасте. При этом даются дифференцированные рекомендации по употреблению продуктов питания.

Рекомендуемые продукты: хлеб грубого помола, рис, хрустящие хлебцы, молоко и сыры с низкой жирностью, все свежие, высушенные или замороженные фрукты и овощи, рыба, рыбий жир, восточные сладости, нуга, леденцы, перец, горчица, специи, грецкие орехи, миндаль.

Продукты, потребление которых следует ограничить: макаронные изделия, жареный картофель, картофельные хлопья, пирожные, бисквиты, халва, арахис, фисташки, яичный желток.

Продукты, потребление которых не рекомендовано: сладкая выпечка, сливки, жирные сорта сыров и йогуртов, икра, жареная рыба, мясо утки, все сорта жирного мяса, сосиски, ветчина, кожа птицы, сало, пальмовое масло, сливочное масло, твёрдый маргарин, майонез, чипсы, мороженое, клёцки, шоколад.

Комбинация диеты и медикаментозного лечения семейной гиперхолестеринемии позволяет существенно улучшить прогноз у больных с этим заболеванием. В качестве медикаментозной терапии наиболее часто используются статины. В клинических рандомизированных плацебоконтролируемых исследованиях было показано, что назначение симвастатина в высоких дозах позволяет снижать уровень холестерина сыворотки у гомозигот на 30%, назначение розувастатина в дозе 20 мг/сут в 40% случаев позволяет достичь целевого уровня липопротеидов низкой плотности до 110

мг/кг. Наряду с эффективностью статинов при лечении гиперхолестеринемии у детей доказана безопасность применения препаратов. Побочных эффектов и негативного влияния на рост и развитие детей не получено. Добавление в схему лечения эзетимиба усиливает гипохолестеринемический эффект ещё на 20%. Тем не менее одна лекарственная терапия не достаточна.

Плазмаферез и ЛПНП-аферез остаются наилучшими методами терапии. Данный метод позволяет селективно удалять частицы липопротеидов низкой плотности из кровотока, благодаря связыванию с антителами, декстран-сульфатом или гепарином. При этом возможна регрессия ксантом и замедление прогрессирования атеросклероза. Обычно их проводят 1 раз в 2 недели. Показано, что многолетнее применение экстракорпоральных методик способно предотвратить прогрессирование атеросклероза и развитие сосудистых осложнений. Сообщалось, например, об отсутствии атеросклеротических изменений сосудов на основании данных электроннолучевой томографии у пациента, получавшего плазмаферез и статины в течение 15 лет.

Представляем клиническое наблюдение за девочкой с гомозиготной формой семейной гиперхолестеринемии, осложнённой генерализованным атеросклерозом коронарных, брахиоцефальных, бедренных артерий. Следствием распространённого атеросклеротического процесса явились надклапанный стеноз аортального клапана, ишемическая болезнь сердца, стенокардия напряжения, перенесённый инфаркт миокарда передне-перегородочной области.

Катя С., 15 лет, постоянно проживает в Волгоградской области. Перинатальный анамнез ребёнка не отягощён. Брак родителей неродственный. Национальность отца – русский, мать – украинка. Семейный анамнез отягощён по заболеваниям сердечно-сосудистой системы среди родственников первой и второй степени родства: у отца – ишемическая болезнь сердца, гиперхолестеринемия, у матери – гипертоническая болезнь, гиперхолестеринемия, у брата отца – ишемическая болезнь сердца, у сестры отца – гипертоническая болезнь, у деда по материнской линии – гипертоническая болезнь, смерть от инсульта в 65 лет, у бабушки по материнской линии – гипертоническая болезнь.

До 12 лет девочка жалоб не предъявляла, занималась спортом (бегом), участвовала в соревнованиях. В 12 лет в правой локтевой области отмечено возникновение плоской ксантомы (рис. 1), интерпретированной хирургом как папиллома. В течение года плоские ксантомы появились в левой локтевой области, подколенных и ягодичных областях. В это же время после кросса у девочки впервые возникли неприятные ощущения в области сердца давящего характера, в связи с чем обратились к кардиологу по месту жительства. Была сделана ЭКГ, выявлены признаки субэпизодической и субэндокардиальной ишемии в виде элевации сегмента ST-T в отведении VI и депрессии сегмента ST-T в I, II, V4-V6 отведениях. Эти изменения трактуется кардиологом как неспецифические ST-T-нарушения на фоне синдрома вегетативной дисфункции. Ишемический генез ST-T-нарушений не был заподозрен.

Девочка продолжала заниматься физкультурой. После падения на локоть при игре в баскетбол появляется туберозная ксантома на локте (рис. 2), однако данные изменения были расценены как посттравматические. Через 6 месяцев загрудинные боли давящего характера стали возникать чаще, провоцировались не только интенсивным, но и умеренным уровнем физической нагрузки, появилась одышка. Учитывая, что аналогичный характер болей отмечался у отца, страдающего ишемической болезнью сердца, родители самостоятельно для купирования болевого синдрома стали применять нитроглицерин. На фоне приёма препарата боли исчезали. Поскольку боли стали возникать несколько раз в течение дня, для профилактики их возникновения впоследствии использовался нитросорбид.

Через год отцу ребёнка в связи с ишемической болезнью сердца на фоне распространённого атеросклероза коронарных сосудов проведена операция аортокоронарного шунтирования. При обследовании отца выявлена гиперхолестеринемия, в связи с чем были обследованы члены семьи: повышение уровня холестерина было выявлено у девочки (18,7 ммоль/л) и её матери (8,2 ммоль/л).

Ребёнок был направлен на консультацию детского кардиолога, однако, несмотря на боли стенокардитического характера, купирующиеся нитратами, наличие ксантом, гиперхолестеринемии, ишемических изменений на ЭКГ, отягощённого наследственного анамнеза, не был диагностирован атерогенный характер поражения сердечно-сосуди-

стой системы. Изменения были расценены как функциональные и выставлен диагноз: ложная хорда левого желудочка, неспецифические ST-T-нарушения, ожирение I степени. Была рекомендована кардиотрофическая терапия. Предполагался эндокринный характер гиперхолестеринемии на фоне гипотиреоза и ожирения. При обследовании гипотиреоз был исключён, назначена гипокалорийная диета, липоевая кислота.

Через 1 год отмечено снижение массы тела ребёнка на 7 кг, однако сохранились боли в сердце, выраженная гиперхолестеринемия, появилась одышка. Только через 3 года после появления клинических признаков заболевания девочка была направлена в областную кардиологический центр.

При обследовании в кардиоцентре в биохимическом анализе крови отмечено повышение уровня холестерина за счёт фракции липопротеидов низкой плотности: холестерин – 16,5 ммоль/л (норма – до 5), ЛПНП – 9,35 ммоль/л (норма – менее 3,36), ЛПВП – 1,0 ммоль/л (норма – более 1,3), триглицериды – 1,08 ммоль/л (норма – до 1,7), что соответствовало гиперхолестеринемии 2а-типа по классификации Fredericson. На ЭКГ – синусовая тахикардия, признаки субэндокардиальной ишемии и гипертрофии миокарда левого желудочка. При выполнении пробы с дозированной физической нагрузкой отмечено усугубление депрессии сегмента ST-T, что отражало ишемический генез изменений на ЭКГ. По данным эхокардиографии отмечена гипертрофия миокарда левого желудочка, фиброз аортального клапана с регургитацией I степени. Проведена коронарография, выявлены сужения правой межжелудочковой ветви (40%), огибающей ветви (30%).

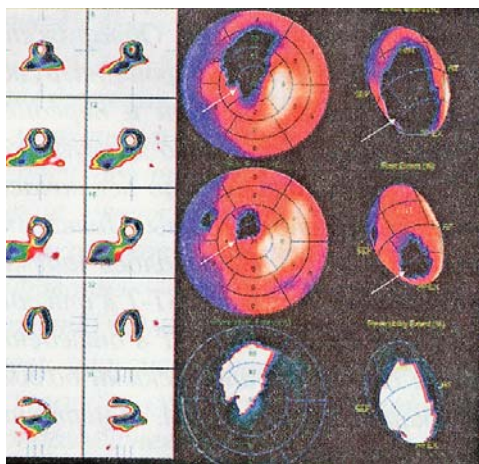


Рис. 6. Данные сцинтиграфии миокарда. Нетрансмуральное очагово-рубцовое повреждение миокарда передне-верхушечной локализации, распространённой преходящей ишемии миокарда передне-перегородочной, передне-верхушечной локализации

Выставлен диагноз: «Хроническая ревматическая болезнь сердца. Аортальный порок с преобладанием стеноза (острая ревматическая лихорадка (в анамнезе). Эндомиокардит коронарный. Стенокардия напряжения, ФК III (по NYHA). Постинфарктный кардиосклероз передне-перегородочной области. Гиперплазия аорты. Аортоартериит. Семейная гиперхолестеринемия, дислипидемия».

Назначена терапия: конкор, тромбо АСС, аторвастатин.

С целью уточнения генеза изменений со стороны сердечно-сосудистой системы и уточнения тактики ведения ребёнка направлен в отделение патологии сердечно-сосудистой системы Московского НИИ педиатрии и детской хирургии.

При поступлении девочка предъявляет

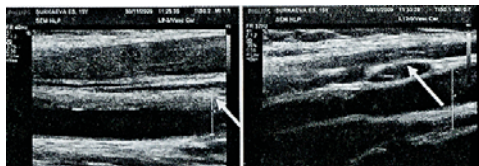


Рис. 7. Ультразвуковая доплерография общей и внутренней сонной артерии (стрелками указаны атеросклеротические бляшки)

жалобы на загрудинные боли давящего характера, провоцирующиеся физической нагрузкой, одышку при ходьбе.

На ЭКГ – ритм синусовой деформации комплекса QRS по типу QS в отведениях V1-V2 (рис. 4).

С целью выявления ишемических изменений в миокарде и нарушений сердечного ритма в течение суток проведено холтеровское мониторирование. Преимущественно в дневное время были зарегистрированы 5 эпизодов субэндокардиальной ишемии с депрессией сегмента ST-T, продолжитель-

ностью от 3 до 15 минут. Максимальная депрессия сегмента ST-T (4,5 мм) отмечена на фоне тахикардии при физической нагрузке и эмоциональном напряжении и сопровождалась загрудинной болью.

На эхокардиограмме – размеры полостей сердца в пределах нормы. Устья коронарных артерий визуализируются в типичном месте, не изменены. Глобальная сократительная способность миокарда не нарушена (фракция выброса – 72%). Зон нарушений локальной сократимости не выявлено, что позволило исключить явления диффузного кардиосклероза вследствие перенесённого трансмурального инфаркта миокарда. Выявлена умеренная гипертрофия миокарда левого желудочка (индекс массы миокарда левого желудочка 49 г/м^{1,7}), уплотнение створок аортального клапана с регургитацией I степени, надклапанный стеноз аорты за счёт локального утолщения её стенок (не исключено наличие надклапанной мембраны).

С целью улучшения визуализации структур аортального клапана и исключения врождённого порока сердца – надклапанного стеноза аорты, вследствие надклапанной мембраны проведена чреспищеводная эхокардиография – признаков надклапанной мембраны не обнаружено. Отмечено сужение просвета и уплотнение стенок аорты на расстоянии 2 см над створками аортального клапана. Таким образом, турбулентный ускоренный поток в аорте с градиентом давления 40 мм рт.ст. отражает умеренно выраженный надклапанный стеноз, вследствие локального уплотнения стенок аорты.

Учитывая наличие стенокардии напряжения, проведена оценка морфофункциональных характеристик миокарда на фоне дозированной физической нагрузки с помощью стресс-эхокардиографии. Исходно зон нарушения локальной сократимости не выявлено. Обнаружена скрытая коронарная недостаточность – появление на фоне нагрузки зон гипокинезии и/или акинезии передне-перегородочной и передней стенок левого желудочка, расширение полости левого желудочка. Прирост градиента давления на аорте адекватный, что исключает коронарную недостаточность вследствие стеноза аорты. Появление ишемической динамики на эхокардиограмме сопровождалось ишемическими изменениями на ЭКГ в виде подъёма сегмента ST-T в отведениях II, III, AVR, V1, усугубления депрессии сегмента ST-T в отведениях AVF, VS5-6 (рис. 5), типичными загрудинными стенокардитическими болями. Толерантность к физической нагрузке низкая. Гипертонический тип реакции АД на физическую нагрузку.

Таким образом, данные стресс-эхокардиографии позволили заподозрить поражение ствола левой коронарной артерии. Для уточнения поражения планируется проведение повторной коронарографии.

С целью оценки перфузионных нарушений и выявления скрытых деструктивных изменений в миокарде вследствие перенесённого инфаркта миокарда проведена сцинтиграфия. Регистрируются признаки мелкоочагового нетрансмурального очагово-рубцового повреждения миокарда передне-верхушечной локализации, распространённой преходящей ишемии миокарда передне-перегородочной, передне-верхушечной локализации (рис. 6).

Поведено суточное мониторирование АД на фоне комплексной терапии: бета-блокатор, ингибитор ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ), которую, учитывая тяжесть состояния ребёнка, отменить не представлялось возможным. Среднесуточные значения АД и индексы времени гипертензии в пределах нормы. Вместе с тем отмечено 3 транзиторных подъёма систолического АД более 145 мм рт.ст. Транзиторные подъёмы АД (максимально до 160/85 мм рт.ст.) отмечены и за время пребывания ребёнка в клинике на фоне эмоциональной нагрузки. Эти данные, а также гипертрофия миокарда позволяют предположить наличие скрытой артериальной гипертензии в настоящее время и явной артериальной гипертензии в анамнезе.

Для оценки морфофункционального состояния магистральных сосудов было проведено дуплексное сканирование экстракраниального отдела брахиоцефальных артерий. Выявлено диффузное атеросклеротическое поражение брахиоцефальной системы множественными гетерогенными атеросклеротическими бляшками, которые локализируются в устье брахиоцефального ствола, правой и левой подключичной артерии (продолгованный стеноз до 30%), правой и левой общей сонной артерии (продолгованные стенозы до 35 и 30%), устье правой внутренней сонной артерии (55%) и левой внутренней сонной артерии (45%), левой наружной сонной артерии (25%), правой позвоночной артерии (35%) (рис. 7).

(Окончание следует.)

На протяжении веков складывались и формировались основы взаимоотношений доктора и пациента. Современный врач должен, безусловно, владеть профессиональным мастерством и большими и глубокими знаниями патологии, а соответствующая информация постоянно расширяется и может быть принципиальной (то есть существенно менять подход к лечению болезни). Но всегда больной и его близкие, а также все окружающие ждут от врача сострадания, понимания, чуткости.

Больной – это человек, ждущий, прежде всего, облегчения страданий, но также утешения, ободрения, поддержки. Конечно, необходимость в облегчении страданий может быть различной у разных больных, и это должен учитывать врач. Хочется вспомнить описание обхода больных в онкологическом отделении (из повести Александра Солженицына «Раковый корпус»), где её необходимость особенно важна. Представлены два аспекта: как выглядит сам обход и что говорит врач (психотерапия), а также что на самом деле происходит с больными и что делать.

Опираясь на классику

«...Лев Леонидович вёл их всех по заведённому, и, шурясь одним глазом больше, покорно выслушивал от лечащего о каждом больном (и не наизусть, а по папочке) – откуда он, когда поступил (о давнишних это давно было и известно), по какому поводу поступил, какой род лечения получает, в каких дозах, какова у него кровь, уже ли намечен к операции, и что мешает, или вопрос ещё не решён. Он выслушивал, и ко многим садился на койку, некоторых просил открыть больное место, смотрел, щупал, после прощупа сам же заворачивал на больном одеяло или предлагал пощупать и другим врачам.

Истинно трудных случаев на таком обходе нельзя было решить – для того надо было человека вызвать и заниматься им отдельно. Нельзя было на обходе и высказать, назвать всё прямо, как оно есть, и потому понятно договориться друг с другом. Здесь даже нельзя было ни о ком сказать, что состояние ухудшилось, разве только: «процесс несколько обострился». Здесь всё называлось полунамеком, под псевдонимом (даже вторичным) или противоположно тому, как было на самом деле. Никто ни разу не только не сказал: «рак» или «саркома», но уже и псевдонимов, ставших больным полупонятными, – «канцер», «канцерома», «цэ-эр», «ЭС-а», тоже не произносили.

Называли вместо этого что-нибудь безобидное: «язва», «гастрит», «воспаление», «полипы» – а что кто под этим словом понял, можно было вполне объяснить только уже после обхода. Чтобы всё-таки понимать друг друга, разрешалось говорить такое, как: «расширена тень средостения», «тимпонит», «случай не резектабельный», «не исключён летальный исход» (а значило: как бы не умер на столе). Когда всё-таки выражений не хватало, Лев Леонидович говорил: «Отложите историю болезни!» И переходили дальше.

Чем меньше они могли во время такого обхода понять болезнь, понять друг друга и условиться, тем больше Лев Леонидович придавал значения подбодрению больных. В подбодрении он даже начинал видеть главную цель такого обхода.

– Status idem – говорили ему. (Значило: всё в том же положении).

– Да? – обрадованно откликнулся он. И уже у самой больной спешил удостовериться: – Вам легче немножко?

– Да, пожалуй, – удивляясь, соглашалась и больная. Она сама этого не заметила, но если врачи заметили, то так, очевидно, и было.

– Ну, вот видите! Так постепенно и поправитесь.

Другая больная положила руку: – Слушайте! Почему у меня так позноночник болит? Может, и там у меня опухоль?

– Это вторичное явление. (Он правду говорил: метастаз и был вторичным явлением.)

Над страшным обострившимся стариком, мертвецки-серым и еле движущим губами в ответ, ему докладывали:

– Больной получает общеукрепляющее и болеутоляющее.

Авторитетное мнение

Что значит служить больному человеку

Деонтология: проблемы медицинского образования



Валентин Моисеев

То есть: конец, лечить поздно, нечем, и как бы только меньше ему страдать.

Так все полтора часа генерального обхода заведующий хирургическим отделением говорил не то, что думал, следил, чтоб тон его не выражал его чувств, и вместе с тем чтобы лечащие врачи делали правильные заметки для истории болезни – той сшивки полукартонных бланков, исписанных от руки, застромчивых под пером, по которой любого из них могли потом судить. Ни разу он не поворачивал резко головы, ни разу не взглагольвал тревожно, и по доброжелательно-скучающему выражению Льва Леонидовича видели больные, что уж очень просто их болезни, давно известны, а серьёзных нет.

И от полутора часов актёрской игры, совмещённой с деловым размышлением, Лев Леонидович устал и расправляюще двигал кожей лба. Но старуха пожаловалась, что её давно не обстукивали – и он её обстукал. А старик объяснял: «Так! Я вам скажу немножко!» И стал путано рассказывать, как он сам понимает возникновение и ход своих болей. Лев Леонидович терпеливо слушал и даже кивал.

– Теперь хотели вы сказать! – разрешил ему старик. Хирург улыбнулся:

– Что ж мне говорить? У нас с вами интересы совпадают. Вы хотите быть здоровым, и мы хотим, чтобы вы были здоровы. Давайте и дальше действовать согласованно.

С узбеками он самое простое умел сказать и по-узбекски. Очень

интеллигентную женщину в очках, которую даже неловко было видеть на койке и в халате, он не стал осматривать публично. Мальчишке маленькому при матери серьёзно подал руку. Семилетнего стукнул щелчком в живот, и засмеялись вместе.

Потом все зашли и уселись в небольшой комнатке за одним общим столом, и снова замелькали те же фамилии, которые были на обходе, но картина всеобщего улучшения и выздоровления, которую мог бы составить посторонний слушатель на обходе, здесь расстроилась и развалилась. У «status

idem» случай был иноперабельный, и рентгенотерапию ей давали симптоматическую, то есть для снятия непосредственных болей, а совсем не надеясь излечить. Тот малыш, которому Лев Леонидович подавал руку, был инкурабельный, с генерализованным процессом, и лишь из-за настояния родителей следовало ещё несколько поддержать его в больнице и дать ему псевдо-рентгеновские сеансы без тока в трубке. О той старухе, которая настояла выстукать её, Лев Леонидович сказал:

– Ей шестьдесят восемь. Если будем лечить рентгеном, может, дотянем до семидесяти. А оперируем – она года не проживёт. А, Евгения Устиновна?

Уж если отказывался от ножа такой его поклонник, как Лев Леонидович, Евгения Устиновна согласна была тем более.

А он вовсе не был поклонник ножа. Но он был скептик. Он знал, что никакими приборами так хорошо не посмотришь, как простым глазом. И ничем так решительно не уберёшь, как ножом».

диагностике и лечении многих болезней, которые выглядят подчас неожиданными, а реализация их – не всегда безопасной. Широко применение нашли многочисленные эндоскопии, благодаря которым можно применять методы

лечения (осмотр с помощью прибора – эндоскопа внутренней поверхности желудка, кишечника, бронхов и некоторых других органов). С помощью эндоскопов удаётся радикально вылечивать смертельные заболевания. Их применение создаёт новые этические аспекты, которые должен

соблюдать врач.

С вашего согласия

В конце XX века во всём мире произошли изменения во взаимоотношениях врача и пациента. Значительно усилились либеральные тенденции в обществе, стали разрабатывать и внедрять «информационную» модель этих отношений. Это означает, что врач должен предоставлять больному

существенную информацию о его заболевании с тем, чтобы пациент мог выбирать медицинское вмешательство по собственному усмотрению. Руководствуясь информацией об их эффективности и безопасности.

В соответствии с «Конвенцией о правах человека в биомедицине», закреплённой в 1993 г. в законодательстве нашей страны, больные получили право участвовать более активно в процессе диагностики и лечения. В то же время при

отсутствии профессиональных медицинских знаний у пациента предоставление ему подробной информации о характере заболевания, осложнениях и последствиях вмешательств может привести к его большому затруднению, возникновению неблагоприятных

ятрогенных последствий и быть даже опасным для его здоровья и жизни.

Поэтому важно для врача установить такие доверительные неформальные отношения с больным и его родственниками, при которых, разъясняя что происходит, они вместе выбирают, что наиболее благоприятно в конкретной ситуации, при наличии информированного и добровольного согласия больного.

Любое медицинское действие, и не только хирургическая операция, но и такие, как биопсия, лапароскопия, гастроскопия, ангиография и другие, необходимо

выполнять только при наличии информированного согласия пациента. Если степень риска вмешательства известна, её следует сообщить больному. Важно не только сообщать ему определённые сведения, касающиеся конкретного вмешательства, но и делать это в доступной для него форме.

Всё упирается в этику

Несмотря на существенные изменения социально-экономические, законодательства, касающегося организации медицинской помощи, в нашем обществе отно-

шения между врачом и больным в большой степени сохранились в прежнем виде. Это касается и онкологических больных с возможным неблагоприятным прогнозом. По данным специальных опросов опытных врачей в США и Великобритании, отмечая огромные успехи в лечении опухолей с применением химиотерапии и лучевой терапии, всё же чаще врачи не дают больным полной информации о заболевании, хотя несколько чаще, чем, скажем, лет 20 назад, стали давать такую информацию.

В нашей стране, имея в виду недостаток доступности современной эффективной терапии, следует более осторожно подходить к сообщению о такой информации. В то же время хорошо известно, что десятки тысяч больных россиян ежегодно выезжают для лечения за рубеж. Очевидно, некоторые из них едут лечиться в специализированные клиники, получив информацию о том, что им не смогут помочь в нашей стране. Конечно, во многих таких случаях сами больные или их близкие родственники имеют полную необходимую им информацию.

Продекларированное право на выбор врача, в том числе семейного и лечащего, не так часто приводит к каким-то конфликтам и замене доктора.

Необходимость соблюдения права на врачебную тайну также не приводит, как правило, к возникновению каких-либо проблем. Кроме того, врачебная тайна не абсолютна. Допускается её разглашение при угрозе распространения инфекции, по запросу органов дознания, у больного, неспособного выразить свою волю. При общении с больным, тем более при регулярном общении лечащего врача, важно обращаться к нему по имени, уточнив при этом образование и характер трудовой деятельности.

Естественно это позволяет при дальнейшем контакте получить, возможно, больше информации, важной для дальнейшего лечения.

Вот что пишет об отношениях больного и врача А.Солженицын: «Я только хочу сказать, что мы не должны как кролики доверять врачам. Вот, пожалуйста, я читаю книгу, – он приподнял с подоконника раскрытую книгу большого формата, – Абрикосов и Струков «Патологическая анатомия», учебник для вузов.

Вот что пишет об отношениях больного и врача А.Солженицын: «Я только хочу сказать, что мы не должны как кролики доверять врачам. Вот, пожалуйста, я читаю книгу, – он приподнял с подоконника раскрытую книгу большого формата, – Абрикосов и Струков «Патологическая анатомия», учебник для вузов.

Вот что пишет об отношениях больного и врача А.Солженицын: «Я только хочу сказать, что мы не должны как кролики доверять врачам. Вот, пожалуйста, я читаю книгу, – он приподнял с подоконника раскрытую книгу большого формата, – Абрикосов и Струков «Патологическая анатомия», учебник для вузов.

Вот что пишет об отношениях больного и врача А.Солженицын: «Я только хочу сказать, что мы не должны как кролики доверять врачам. Вот, пожалуйста, я читаю книгу, – он приподнял с подоконника раскрытую книгу большого формата, – Абрикосов и Струков «Патологическая анатомия», учебник для вузов.

Вот что пишет об отношениях больного и врача А.Солженицын: «Я только хочу сказать, что мы не должны как кролики доверять врачам. Вот, пожалуйста, я читаю книгу, – он приподнял с подоконника раскрытую книгу большого формата, – Абрикосов и Струков «Патологическая анатомия», учебник для вузов.

Вот что пишет об отношениях больного и врача А.Солженицын: «Я только хочу сказать, что мы не должны как кролики доверять врачам. Вот, пожалуйста, я читаю книгу, – он приподнял с подоконника раскрытую книгу большого формата, – Абрикосов и Струков «Патологическая анатомия», учебник для вузов.

Вот что пишет об отношениях больного и врача А.Солженицын: «Я только хочу сказать, что мы не должны как кролики доверять врачам. Вот, пожалуйста, я читаю книгу, – он приподнял с подоконника раскрытую книгу большого формата, – Абрикосов и Струков «Патологическая анатомия», учебник для вузов.

Вот что пишет об отношениях больного и врача А.Солженицын: «Я только хочу сказать, что мы не должны как кролики доверять врачам. Вот, пожалуйста, я читаю книгу, – он приподнял с подоконника раскрытую книгу большого формата, – Абрикосов и Струков «Патологическая анатомия», учебник для вузов.

Вот что пишет об отношениях больного и врача А.Солженицын: «Я только хочу сказать, что мы не должны как кролики доверять врачам. Вот, пожалуйста, я читаю книгу, – он приподнял с подоконника раскрытую книгу большого формата, – Абрикосов и Струков «Патологическая анатомия», учебник для вузов.

Вот что пишет об отношениях больного и врача А.Солженицын: «Я только хочу сказать, что мы не должны как кролики доверять врачам. Вот, пожалуйста, я читаю книгу, – он приподнял с подоконника раскрытую книгу большого формата, – Абрикосов и Струков «Патологическая анатомия», учебник для вузов.

И тут говорится, что связь хода опухоли с центральной нервной деятельностью ещё очень слабо изучена. А связь удивительная! Даже прямо написано, – он нашёл строчку, – редко, но бывают случаи самопроизвольного исцеления! Вы чувствуете, как написано? Не излечения, а исцеления! А?»

Постоянное повышение квалификации врача является непременным условием врачевания. Медицинская наука постоянно развивается, становятся известными новые болезни, уточняются клинические варианты течения, осложнения известных ранее болезней, появляются новые эффективные лекарства, неприменение которых с какого-то момента уже является ошибкой. Повышению квалификации способствует стажировка в ведущих клиниках, участие в конференциях и клинических разборах, но главное в этом процессе – постоянное чтение медицинской литературы не только на русском, но и на английском языке. Большую информацию позволяет получить Интернет.

Важным аспектом клинических исследований новых лекарств является этика. В связи с этим этические вопросы рассматриваются специальными этическими комитетами, в которые входят не только врачи, но и медицинские сёстры и также лица, не имеющие отношения к медицине, чаще всего священники. Прежде всего, этические проблемы решает комитет при Минздраве России, который оценивает эффективность нового препарата, возможные неблагоприятные последствия. Этический комитет при лечебном учреждении оценивает профессиональные возможности группы сотрудников, которые будут участвовать в исследовании. На уровне больницы больших проблем у этического комитета обычно не возникает.

Право на выбор

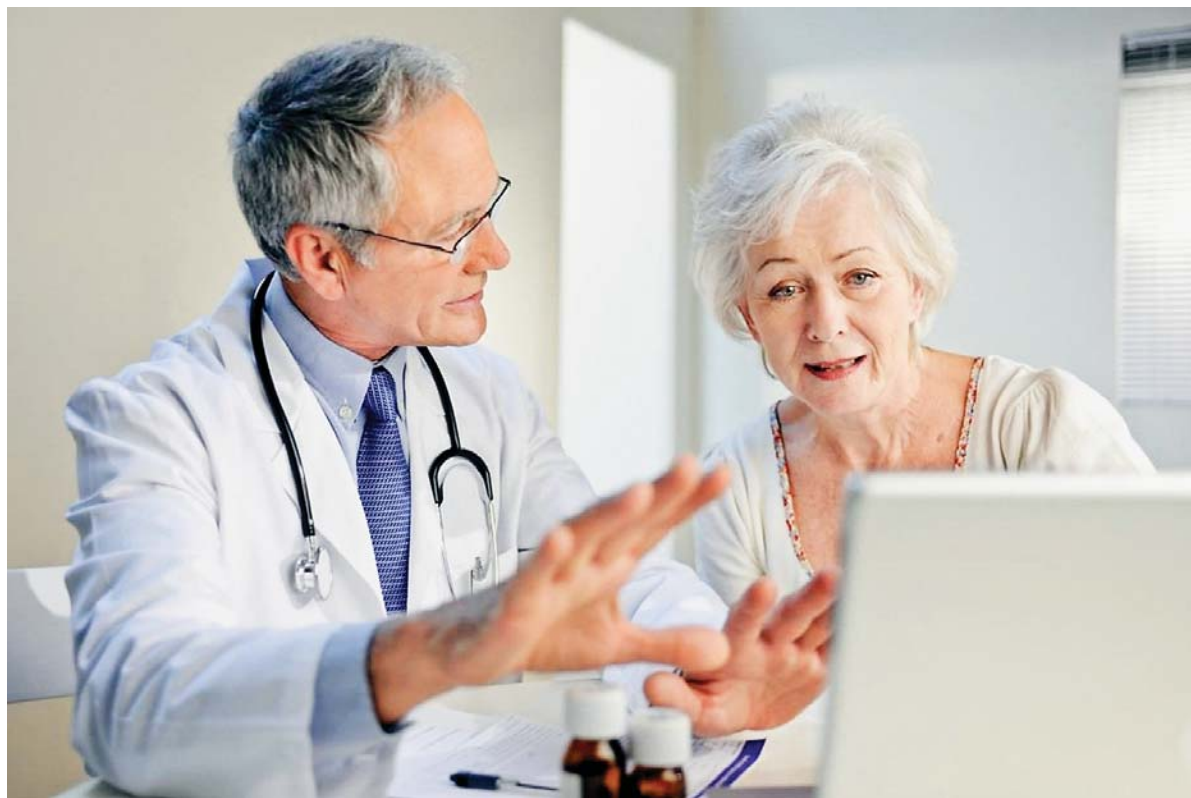
Возможность выбора врача, по существу, весьма ограничена в наших лечебных учреждениях. Она несколько больше в клинических учреждениях, где больной может встретиться с несколькими докторами, некоторые из которых могут быть сотрудниками клинической кафедры. Их участие в лечебной работе носит обычно консультативный характер. Однако и они могут более активно участвовать в лечебной работе. В Великобритании, например, при желании больного быть под наблюдением определённого врача больницы после выписки он может обратиться к нему и тогда поступает под наблюдение кооператива сотрудников, при этом ему могут в любой момент сделать дополнительный анализ или инструментальное исследование, но не безвозмездно. Это уже будет частная практика, которая в СССР практически была мало распространена и даже иногда преследовалась. В настоящее время в РФ открылись многочисленные хозрасчётные медицинские учреждения, однако в государственных больницах и поликлиниках такая практика отсутствует.

О значении частной практики врача в нашем обществе более подробно пишет А.Солженицын («Ракочный корпус»).

«Орещенков упорно держался своего права вести частную врачебную практику, хотя она всё жёстче повсеместно запрещалась как источник предпринимательства и обогащения, как нетрудовая деятельность, на каждом шагу повседневно рождающая буржуазию. И на некоторые годы он должен был снять врачебную табличку и с порога отказывать всем больным, как бы ни просили они и как бы ни было им плохо – потому что по соседству выставились добровольные и платные шпионы

финотдела, да и сами больные не могли удержаться от рассказов – и это грозило доктору потерей всякой работы, а то и жилья».

А между тем именно правом частной практики он в своей деятельности дорожил более всего. Без этой гравированной дощечки на двери он жил как будто нелегально, как будто под чужим именем. Он принципиально не защищал ни кандидатской, ни докторской диссертаций, говоря, что диссертация ничуть не свидетельствует об успехах ежедневного лечения, что больному даже стеснительно, если его врач – профессор, а за время, потраченное на диссертацию, лучше подхватить лишнее направление. Только в здешнем мединституте за 30 лет Орещенков переработал и в терапевтической клинике, и в детской, и в хирургической,



Доверие врачу – залог эффективного лечения

и в инфекционной, и в урологической и даже в глазной, и лишь после этого стал рентгенологом и онкологом. Пожилой губ, всего лишь миллиметровой, выражал он своё мнение о «заслуженных деятелях науки». Он так высказывался, что если человека при жизни называли деятелем, да ещё заслуженным, то это его конец: слава, которая уже мешает лечить, как слишком пышная одежда мешает двигаться. «Заслуженный деятель» идёт со свитой – и лишён права ошибиться, лишён права чего-нибудь не знать, даже лишён права задуматься; он может быть пресыщен, вял, или отстал и скрывает это, а все ждут от него непременно чудес.

Так вот ничего этого не хотел себе Орещенков, а только медной дощечки на двери и звонка, доступного прохожему. И всё-таки случилось так счастливо, что однажды Орещенков спас уже совсем умиравшего сына одного крупного здешнего руководителя. А ещё раз – самого руководителя, не этого, но тоже крупного. И ещё несколько раз – членов разных важных семей. И всё это было здесь, в одном городе, он никуда не уезжал. И тем создавалась слава доктора Орещенкова во влиятельных кругах и некий ореол защиты вокруг него. Может быть, в чисто-русском городе не облегчило б ему и это, но в более покладистом восточном умели как-то не заметить, что он снова повесил табличку и снова кого-то принимал. После войны он уже не состоял на постоянной работе нигде, но консультировал в нескольких клиниках, ходил на заседания научных обществ. Так с 65 лет он стал безвозвратно вести ту жизнь, которую считал для врача правильной».

Тихо, по-семейному...

Но ещё более важным является наличие в обществе так называемого семейного врача, о чём также пишет А.Солженицын.

«Вообще, семейный доктор – это самая нужная фигура в жизни, а её докорчевали. Поиск врача бывает так интимен, как поиск мужа-жены. Но даже жену хорошую легче найти, чем в наше время такого врача. Людмила Афанасьевна наморщила лоб.

– Ну да, но сколько ж надо семейных докторов? Это уже не может вписаться в нашу систему всеобщего бесплатного народного лечения.

– Всеобщего – может, бесплатного – нет, – рокотал Орещенков своё.

– А бесплатность – наше главное достижение.

такие семейные врачи, однако особенности их работы редко привлекают общее внимание.

Акцент – на образование

С этой проблемой перекликается проблема состояния высшего образования в медицине, что обсуждается в романе Джона Гришэма «Противники» в связи с эмиграцией некоторых наших врачей в США. Речь идёт о суде при обсуждении возможного побочного действия нового лекарства и участии в нём в качестве эксперта российского врача, квалификация которого вызывает сомнения у юристов. При этом особое внимание обращается на участие в исследованиях и педагогическом процессе, что в США признаётся необходимым для постоянного

и недостаточная образованность врачей.

«Была раньше такая медицинская максима: «Если после разговора с врачом больному не стало легче, то это плохой врач». Как быть, если нынешние врачи почти не разговаривают с больными? Первым делом без разговоров они посылают больного на рентген и анализы. Без анализов современный врач глух и слеп. Расспросить об образе жизни за последние годы, о возможных отклонениях от нормальной жизни, о стрессах, называемых ныне стрессами, о постоянном душевном беспокойстве, если оно есть, о его причинах, о положительных и отрицательных эмоциях, о пище, о рабочем месте, о материальной озабоченности, о возможных комплексах – расспросить обо всём этом у врача нет ни времени, ни желания.

При любой жалобе – «анализы, рентген, электрокардиограмма». На основании бумажки с анализами за две минуты врач назначает лечение, выписывает рецепты, а главное, выписывает бюллетень. Может, оно и правильно: зачем «дошупываться» до желудка и печени, когда рентген покажет всё тотчас как на ладони. Зачем докапываться до тонкостей самочувствия, когда анализ точно покажет, что в крови билирубин выше нормы. Два года назад у меня была резкая, временная, правда, потеря веса. За 1,5 месяца я непроизвольно потерял 7 кг и, естественно, начал беспокоиться. Обратился в крупный гастроэнтерологический институт. Сделали все анализы, обнаружили немного билирубинчика в крови, дали рекомендации, как обходиться с печенью, как её щадить, чем подлечивать.

– Но всё же вес... Неужели из-за печени?

– Едва ли.

– Тогда что же? Может быть, щитовидная железа? – Это я уж сам подсказываю врачу.

– Может быть. Но эндокринология не наша специальность. Со щитовидкой вам надо обращаться в другой институт.

И никому из них (а были они все крупные профессора и светила) не пришло в голову расспросить меня о тонкостях самочувствия, о временами нападающей слабости, когда ничего не хочется, кроме как лежать, закрыть глаза, о беспричинном временами обливании потом во сне, когда в комнате прохладно и даже холодно. А потом (не могли же 7 кг исчезнуть ни с того ни с сего) и поинтересоваться, нет ли где-нибудь у меня на коже этаким чёрной штучки величиной с горошину. Должен же знать современный врач, что именно эти штучки в период медленного многолетнего созревания могут вызвать временную резкую потерю веса. Я и то теперь это знаю. Так и лечил бы я свою печень творогом и боржомом до тех пор, пока она стала бы мне совсем не нужна».

А вот – очередная выдержка из А.Солженицына: «...о чём посоветоваться при встрече на обществе с доктором Орещенковым. Как она ввела в работу своих ординаторов, так и её когда-то до войны вводил за руку, осторожно направлял и передавал ей вкус кругозора доктор Орещенков. «Никогда, Людочка, не специализируйтесь до сушеной воблы! – предупреждал он. – Пусть весь мир течёт к специализации, а вы держитесь за своё – одной рукой за рентгенодиагностику, другой за рентгенотерапию! Будьте хоть последней такой – но такой!»

И он всё ещё был жив, и тут же в городе. Обо всём этом следует задуматься каждому врачу.

Валентин МОИСЕЕВ,
заведующий кафедрой
факультетской терапии
Медицинского института
Российского университета дружбы
народов, академик РАН.

роста квалификации и фактически имеет мало значения в нашей стране, хотя сейчас это положение начинает пересматриваться.

«После перерыва, когда Борзов вернулся на место свидетеля, Надин (адвокат) начала допрашивать его об образовании, делая акцент на различиях медицинской школы здесь (США) и в России. Она прошлась по списку предметов и лекций, стандартных при обучении местных специалистов и никому не известных «там». Надин знала ответ на каждый свой вопрос, и теперь Борзов это понял. Теперь он всё чаще уклонялся от прямых ответов, понимая, что любая неточность, даже самая незначительная, будет отмечена, препарирована и брошена ему в лицо.

Надин продолжала наступление на его профессиональную подготовку, и пару раз ей удалось сбить Борзова с толку. К полудню у присяжных, наблюдавших за этой пыткой, сложилось отчётливое впечатление, что они побоялись бы следовать рекомендациям этого доктора даже при выборе бальзама для губ.

Почему он никогда не писал научных работ? Борзов заявлял, будто у него вышло несколько статей в России, но ему пришлось признать, что их не переводили. Почему он никогда не преподавал и не был сотрудником кафедры? Работа в аудитории казалась ему скучной, пытался объяснить он, хотя и так было трудно представить общение Борзова со студентами».

И далее цитата из повести Владимира Солоухина «Приговор», в которой обсуждаются негативные аспекты специализации медицины, в том числе недостаточное внимание врачей к субъективным проявлениям болезни, а подчас

– Да уж такое ли? Что значит «бесплатность»? – платит не пациент, а народный бюджет, но он из тех же пациентов. Это лечение не бесплатное, а обезличенное. Сейчас не знаешь, сколько б заплатил за душевный приём, а везде – график, норма выработки, следующий! Да и за чем ходят? – за справкой, за освобождением, за ВТЭКом, а врач должен разоблачать. Больного и врач как враги – разве это медицина?

– Я не говорю, что всё лечение полностью надо сделать платным. Но первичное – обязательно. А уж когда определено больному лечиться в клинику и к аппаратам – там справедливо бесплатное. Да и то вот в вашей клинике: почему два хирурга оперируют, а трое в рот им смотрят? Потому что зарплата им идёт, о чём беспокоиться? А если б деньги от пациентов да ни один пациент бы к ним не пошёл – забегал бы ваш Халмухамедов! Или Пантехина. Тем или иным способом, Людочка, но врач должен зависеть от впечатления, производимого им на больных. От своей популярности.

– Ну, не дай Бог ото всех зависеть! От какой-нибудь скандалистики...

– А от главврача зависеть – почему лучше? А из кассы получать как чиновник – почему честней?

– А дотошные есть, замучают тебя теоретическими вопросами, так на всё отвечай?

– Да. И на всё отвечай.

Да когда ж всё успеть! – возмущалась и оживилась к разговору Донцова. Ему хорошо тут в домашних туфлях расхаживать по комнате. – Вы представляете, какие сейчас темпы в лечебных учреждениях? Вы таких не застали».

В некоторых ведомствах в нашей стране фактически имеются

Человечество с позиций «завтра»

Обсуждать данные вопросы необходимо ещё и потому, что процесс старения общества становится всё более тревожным симптомом. Не случайно эта проблема обсуждалась в прошлом году на Генеральной Ассамблее ООН.

Согласно мировым демографическим прогнозам, средняя продолжительность жизни в 2050 г. составит 75 лет! Пожилых людей будет, предположительно, почти 2 млрд человек, и женщины окажутся в преобладающем большинстве. Во многих странах пенсионный возраст женщин давно начинается после 60. Как известно, Правительство РФ также активно обсуждает увеличение возраста их выхода на пенсию в России до европейской нормы – 62,5 года.

При этом, естественно, физиологические процессы останутся такими, которые заложены самой природой. Это подтверждает анализ симптомов, влияющих на работоспособность и качество жизни женщин в возрасте 45-55 лет и занимающих административные и управленческие должности в 10 организациях Великобритании.

Более половины из них отмечали у себя нарушение концентрации внимания, утомляемость, ухудшение памяти, снижение работоспособности и даже депрессию.

Примерно 30-40% жаловались на снижение самооценки, нарушения сна, раздражительность, приливы, боли и дискомфорт в мышцах, суставах, эмоциональную лабильность. От 15 до 25% замечают за собой такие состояния, как тревога (вплоть до панических атак), плаксивость, учащённое мочеиспу-

Как сохранить здоровье и качество жизни женщин в перименопаузе? Каковы возможности гормональной и негормональной терапии? Эти вопросы волнуют и медиков и пациентов.

Не случайно научная конференция, посвящённая данной теме и организованная компанией «Эвалар», собрала до сотни практикующих врачей Алтайского края: гинекологов, эндокринологов, терапевтов, онкологов. Они не только обсудили важную междисциплинарную проблему – репродуктивного старения и сохранения качества жизни женщины в период менопаузы, но и посетили крупнейшее фармацевтическое предприятие России, одним из первых получившее международный сертификат качества GMP.

– Конференция – составная часть цикла региональных научно-образовательных мероприятий для врачей по вопросам женского здоровья, стартовавшего весной этого года в Казани, – говорит основатель компании, генеральный директор «Эвалар» Лариса Прокопьева. – Благодаря им у врачей есть возможность встре-

Проблемы и решения

Жизнь без паузы

Она возможна благодаря современным препаратам

сравнению с безработными или уволившимися. 40% отметили серьёзное влияние менопаузальных симптомов на настроение, у 33% значительно ухудшилось качество их повседневной жизни в целом.

И, возможно, самая тревожная цифра: почти половина (46%) работающих женщин России испытывали в результате депрессию!

При этом только треть обращается к врачу! Но уж если это происходит, 68% отмечают, что назначенное им лечение было

сулинорезистентности; возникновение артериальной гипертензии; нарушение обмена липидов, потеря минеральной плотности костной ткани и хряща; снижение мышечной массы; изменение когнитивной функции; урогенитальную атрофию.

Поэтому в последнее время расширены показания к назначению менопаузальной гормонотерапии. Её следует проводить при вазомоторных симптомах с изменением настроения, нарушением сна, снижением качества жизни, связанным с климактерием, включая артралгии и мышечные боли, при генитоуринарном синдроме, сексуальной дисфункции и т.п.

Главное – не упустить так называемое окно терапевтических возможностей! Начинать менопаузальную гормональную терапию следует в возрасте моложе 60 лет при длительности постменопаузы не более 10 лет.

Согласно последним рекомендациям, нет жёстких ограничений по продолжительности менопаузальной гормональной терапии, в связи с чем вопросы безопасности терапии приобретают ключевое значение.

Без побочных эффектов

«Эффективной и безопасной альтернативой гормональной коррекции климактерических симптомов у женщин в постменопаузе могут стать фитогормоны цимицифуги, – утверждает корифей гинекологии Алтайского края, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ Галина Перфильева. Она более 10 лет была главным акушером-гинекологом края и возглавляла Алтайскую ассоциацию акушеров-гинекологов, поэтому проблему знает не понаслышке.

Это особенно актуально в связи с рядом противопоказаний и побочных эффектов заместительной гормонотерапии и значительным предубеждением женщин против этого вида терапии. В состав лекарственного средства Ци-Клим, созданного на основе фитоэстрогенов цимицифуги, входят фитоэстрогены цимицифуги, применение которых, подобно гормонотерапии, помогает устранить негативные последствия недостатка эстрогенов: сократить приливы, потливость, повысить продолжительность и качество сна, улучшить настроение, а также укрепить костную ткань, уменьшив риск остеопороза, и замедлить гормональное старение кожи и слизистых.

При этом экстракт цимицифуги отличается особым механизмом действия. Фитоэстрогены цимицифуги напрямую не действуют на

рецепторы эстрогенов, поэтому, в отличие от гормональных препаратов, не провоцируют развитие эстрогензависимых заболеваний.

Таким образом, экстракт цимицифуги отличается высоким профилем безопасности и может применяться длительными курсами.

Это подтверждается данными многочисленных европейских и американских мультицентровых клинических исследований.

Экстракт цимицифуги отличается высоким профилем безопасности и может применяться длительными курсами.

Экстракт цимицифуги отличается высоким профилем безопасности и может применяться длительными курсами.

Экстракт цимицифуги отличается высоким профилем безопасности и может применяться длительными курсами.

Экстракт цимицифуги отличается высоким профилем безопасности и может применяться длительными курсами.

Экстракт цимицифуги отличается высоким профилем безопасности и может применяться длительными курсами.

Экстракт цимицифуги отличается высоким профилем безопасности и может применяться длительными курсами.

Экстракт цимицифуги отличается высоким профилем безопасности и может применяться длительными курсами.

Экстракт цимицифуги отличается высоким профилем безопасности и может применяться длительными курсами.

Экстракт цимицифуги отличается высоким профилем безопасности и может применяться длительными курсами.

Экстракт цимицифуги отличается высоким профилем безопасности и может применяться длительными курсами.

Экстракт цимицифуги отличается высоким профилем безопасности и может применяться длительными курсами.

Экстракт цимицифуги отличается высоким профилем безопасности и может применяться длительными курсами.

Экстракт цимицифуги отличается высоким профилем безопасности и может применяться длительными курсами.

Экстракт цимицифуги отличается высоким профилем безопасности и может применяться длительными курсами.

Экстракт цимицифуги отличается высоким профилем безопасности и может применяться длительными курсами.

Экстракт цимицифуги отличается высоким профилем безопасности и может применяться длительными курсами.

Экстракт цимицифуги отличается высоким профилем безопасности и может применяться длительными курсами.

Экстракт цимицифуги отличается высоким профилем безопасности и может применяться длительными курсами.

Экстракт цимицифуги отличается высоким профилем безопасности и может применяться длительными курсами.

Экстракт цимицифуги отличается высоким профилем безопасности и может применяться длительными курсами.

Экстракт цимицифуги отличается высоким профилем безопасности и может применяться длительными курсами.

Экстракт цимицифуги отличается высоким профилем безопасности и может применяться длительными курсами.

Экстракт цимицифуги отличается высоким профилем безопасности и может применяться длительными курсами.

Экстракт цимицифуги отличается высоким профилем безопасности и может применяться длительными курсами.



Гости «Эвалар» знакомятся с производством

сание, обильные маточные кровотечения, брадикардия/аритмия, а 10% – увеличение массы тела и ночную потливость.

Схожие показатели можно найти и в других социологических опросах, проведённых в разных странах, и в России в том числе.

Например, социологическое исследование «Жизнь без паузы» охватило более тысячи женщин в Китае и России, которые уже перешагнули возраст менопаузы или испытывали симптомы менопаузы (приливы, депрессивное настроение, проблемы со сном и т.д.) за последние 12 месяцев.

Оно показало, насколько велико влияние этих симптомов на повседневную жизнь.

Так, в России 53% женщин испытывают 4 и более симптомов менопаузы, и почти все они (47%) согласились, что это влияет на их повседневную жизнь, причём наибольший дискомфорт доставляют приливы. Такой же процент составляют те, кто признался, что менопауза вызывает у них смущение и тревогу, влияет на настроение, а более половины опрошенных отметили, что именно менопауза заставляет их чувствовать свой возраст.

Что интересно: работающие женщины чаще указывали на негативное влияние симптомов на их повседневную активность по

эффективным и готовы посоветовать своим подругам сделать то же самое.

Всегда получать удовольствие от жизни

– В сроки, близкие к менопаузе, у врача имеется уникальная возможность идентифицировать риски и разработать профилактические стратегии, – говорит заместитель директора Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки РФ Вера Прилепская. – Это – залог сохранения качества жизни, что является приоритетным направлением здравоохранения в целом.

Менопаузальная гормональная терапия преследует две основные цели: купировать эмоционально-психические, вазомоторные и урогенитальные симптомы и одновременно предотвратить метаболические сдвиги, которые подготавливают почву для таких поздних осложнений, как остеопороз, атеросклероз и кардиоваскулярные заболевания.

Начатая в 10 первых лет постменопаузы такая терапия помогает замедлить или и вовсе исключить прибавку массы тела, развитие абдоминального ожирения и ин-

у пациенток снижалось количество приливов, уменьшалась потливость, повышались продолжительность и качество сна, улучшалось настроение.

При этом совместное назначение лекарства Ци-Клим с препаратом Ци-Клим Аланин позволяло добиться более быстрого и выраженного эффекта, чем при назначении только одного препарата. Вместе они работают более чем в 2 раза быстрее и эффективнее, чем по отдельности.

Так, например, снижение количества и выраженности приливов происходило быстрее и эффективнее более чем в 2 раза по сравнению с исходным состоянием пациенток, что подтверждает более высокую терапевтическую ценность комбинации лекарства Ци-Клим и Ци-Клим Аланин по сравнению с монотерапией.

Кроме того, отмечено, что симптомы средней степени тяжести исчезали у 100% пациенток, принимавших комбинацию Ци-Клим + Ци-Клим Аланин.

Полученные данные позволяют врачам и фармацевтам рекомендовать одновременный приём сразу двух препаратов для достижения более быстрого и выраженного эффекта, что даст возможность существенно повысить качество жизни женщин в климактерии.

Полученные данные позволяют врачам и фармацевтам рекомендовать одновременный приём сразу двух препаратов для достижения более быстрого и выраженного эффекта, что даст возможность существенно повысить качество жизни женщин в климактерии.

Полученные данные позволяют врачам и фармацевтам рекомендовать одновременный приём сразу двух препаратов для достижения более быстрого и выраженного эффекта, что даст возможность существенно повысить качество жизни женщин в климактерии.

Полученные данные позволяют врачам и фармацевтам рекомендовать одновременный приём сразу двух препаратов для достижения более быстрого и выраженного эффекта, что даст возможность существенно повысить качество жизни женщин в климактерии.

Полученные данные позволяют врачам и фармацевтам рекомендовать одновременный приём сразу двух препаратов для достижения более быстрого и выраженного эффекта, что даст возможность существенно повысить качество жизни женщин в климактерии.

Полученные данные позволяют врачам и фармацевтам рекомендовать одновременный приём сразу двух препаратов для достижения более быстрого и выраженного эффекта, что даст возможность существенно повысить качество жизни женщин в климактерии.

Полученные данные позволяют врачам и фармацевтам рекомендовать одновременный приём сразу двух препаратов для достижения более быстрого и выраженного эффекта, что даст возможность существенно повысить качество жизни женщин в климактерии.

Полученные данные позволяют врачам и фармацевтам рекомендовать одновременный приём сразу двух препаратов для достижения более быстрого и выраженного эффекта, что даст возможность существенно повысить качество жизни женщин в климактерии.

Полученные данные позволяют врачам и фармацевтам рекомендовать одновременный приём сразу двух препаратов для достижения более быстрого и выраженного эффекта, что даст возможность существенно повысить качество жизни женщин в климактерии.

Полученные данные позволяют врачам и фармацевтам рекомендовать одновременный приём сразу двух препаратов для достижения более быстрого и выраженного эффекта, что даст возможность существенно повысить качество жизни женщин в климактерии.

Полученные данные позволяют врачам и фармацевтам рекомендовать одновременный приём сразу двух препаратов для достижения более быстрого и выраженного эффекта, что даст возможность существенно повысить качество жизни женщин в климактерии.

Полученные данные позволяют врачам и фармацевтам рекомендовать одновременный приём сразу двух препаратов для достижения более быстрого и выраженного эффекта, что даст возможность существенно повысить качество жизни женщин в климактерии.

Полученные данные позволяют врачам и фармацевтам рекомендовать одновременный приём сразу двух препаратов для достижения более быстрого и выраженного эффекта, что даст возможность существенно повысить качество жизни женщин в климактерии.

Полученные данные позволяют врачам и фармацевтам рекомендовать одновременный приём сразу двух препаратов для достижения более быстрого и выраженного эффекта, что даст возможность существенно повысить качество жизни женщин в климактерии.

Полученные данные позволяют врачам и фармацевтам рекомендовать одновременный приём сразу двух препаратов для достижения более быстрого и выраженного эффекта, что даст возможность существенно повысить качество жизни женщин в климактерии.

у пациенток снижалось количество приливов, уменьшалась потливость, повышались продолжительность и качество сна, улучшалось настроение.

При этом совместное назначение лекарства Ци-Клим с препаратом Ци-Клим Аланин позволяло добиться более быстрого и выраженного эффекта, чем при назначении только одного препарата. Вместе они работают более чем в 2 раза быстрее и эффективнее, чем по отдельности.

Так, например, снижение количества и выраженности приливов происходило быстрее и эффективнее более чем в 2 раза по сравнению с исходным состоянием пациенток, что подтверждает более высокую терапевтическую ценность комбинации лекарства Ци-Клим и Ци-Клим Аланин по сравнению с монотерапией.

Кроме того, отмечено, что симптомы средней степени тяжести исчезали у 100% пациенток, принимавших комбинацию Ци-Клим + Ци-Клим Аланин.

Полученные данные позволяют врачам и фармацевтам рекомендовать одновременный приём сразу двух препаратов для достижения более быстрого и выраженного эффекта, что даст возможность существенно повысить качество жизни женщин в климактерии.

Полученные данные позволяют врачам и фармацевтам рекомендовать одновременный приём сразу двух препаратов для достижения более быстрого и выраженного эффекта, что даст возможность существенно повысить качество жизни женщин в климактерии.

Полученные данные позволяют врачам и фармацевтам рекомендовать одновременный приём сразу двух препаратов для достижения более быстрого и выраженного эффекта, что даст возможность существенно повысить качество жизни женщин в климактерии.

Полученные данные позволяют врачам и фармацевтам рекомендовать одновременный приём сразу двух препаратов для достижения более быстрого и выраженного эффекта, что даст возможность существенно повысить качество жизни женщин в климактерии.

Полученные данные позволяют врачам и фармацевтам рекомендовать одновременный приём сразу двух препаратов для достижения более быстрого и выраженного эффекта, что даст возможность существенно повысить качество жизни женщин в климактерии.

Полученные данные позволяют врачам и фармацевтам рекомендовать одновременный приём сразу двух препаратов для достижения более быстрого и выраженного эффекта, что даст возможность существенно повысить качество жизни женщин в климактерии.

Полученные данные позволяют врачам и фармацевтам рекомендовать одновременный приём сразу двух препаратов для достижения более быстрого и выраженного эффекта, что даст возможность существенно повысить качество жизни женщин в климактерии.

Полученные данные позволяют врачам и фармацевтам рекомендовать одновременный приём сразу двух препаратов для достижения более быстрого и выраженного эффекта, что даст возможность существенно повысить качество жизни женщин в климактерии.

Полученные данные позволяют врачам и фармацевтам рекомендовать одновременный приём сразу двух препаратов для достижения более быстрого и выраженного эффекта, что даст возможность существенно повысить качество жизни женщин в климактерии.

Полученные данные позволяют врачам и фармацевтам рекомендовать одновременный приём сразу двух препаратов для достижения более быстрого и выраженного эффекта, что даст возможность существенно повысить качество жизни женщин в климактерии.

Полученные данные позволяют врачам и фармацевтам рекомендовать одновременный приём сразу двух препаратов для достижения более быстрого и выраженного эффекта, что даст возможность существенно повысить качество жизни женщин в климактерии.



«ЦиКлим» – один из самых востребованных препаратов

применялась монотерапия лекарственным средством Ци-Клим, в другой – совместное назначение лекарства Ци-Клим с фитоэстрогенами цимицифуги и препарата Ци-Клим Аланин на основе аминокислоты бета-аланина.

Полученные результаты оказались весьма впечатляющими: в обеих группах наблюдалось значительное снижение интенсивности вазомоторных симптомов и психоэмоциональных нарушений:

Таким образом, в связи с тем, что увеличение продолжительности жизни и возраста выхода на пенсию становится реальностью нашего времени, качество жизни работающих женщин выходит на первый план.

Положительно повлиять на него можно, в частности, с помощью эффективной и безопасной менопаузальной негормональной терапии.

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Москва.

Клинический разбор

Кисты шеи
и HPV-ассоциированный
ротоглоточный рак

59-летняя женщина обратилась к врачу общей практики по поводу большой «шишки» слева на шее.

В анамнезе больной нет указаний на тяжёлые болезни, не курит, не злоупотребляет алкоголем.

Была выполнена тонкоигольчатая аспирационная биопсия (ТИАБ), по результатам которой поставлен диагноз «киста жаберной щели».

После аспирации киста коллабировала, и больная в дальнейшем находилась под наблюдением. Год спустя отмечен рецидив выше описанного образования. Результаты последующих исследований склоняли в пользу диагноза доброкачественной кисты жаберной расщелины.

Два года спустя после начала заболевания больная повторно обратилась за медицинской помощью в связи с болью в горле в течение 2 месяцев и дальнейшим увеличением «шишки» на шее.

При обследовании пальпировалась опухолевидное образование размером 7 см в диаметре, которое не прорастало в покрывающую её кожу и было подвижно (не спаяно с окружающими тканями). Повторная ТИАБ выявила признаки сквамозноклеточной карциномы (СКК) с p16-позитивностью.

По данным КТ определена лобулярная опухоль, расположенная на левой миндалине и проникающая в жёлоб, основание языка и парафарингеальное пространство. Кроме того, кистозная масса размером 27 мм, похожая на первоначальную «шишку», была идентифицирована в группе увеличенных до II степени лимфоузлов слева, а также обнаружены некротизированные узлы, увеличенные до III и IV степени. Последующая ПЭТ подтвердила повышенное потребление в этих местах.

У больной была диагностирована T3 N2b M0 ротоглоточная СКК, назначена радикальная хеморрадиационная терапия. Экспрессия суррогатного маркера p16 при цитологическом исследовании дала основание полагать, что это была HPV-позитивная орофарингеальная СКК.

Это наблюдение, как полагают Ch.Wratten, S.Anne, M.Thi Tieu и др., иллюстрирует трудности диагностики и дифференциальной диагностики метастазов кист лимфатических узлов и кист жаберной щели в контексте возрастающего превалирования HPV-ассоциированных орофарингеальных СКК в течение последних двух десятилетий в Австралии.

HPV-ассоциированные орофарингеальные СКК отличаются от традиционных раков головы и шеи как по их этиологии, так и по клинической картине, и поэтому являются относительно новой патологией для врачей общей практики и рентгенологов, которые часто не распознают их и не ставят правильный диагноз. Рак головы и шеи, как правило, имеет место у молодых людей. Опухолевидные массы на шее не являются редкостью, и очень часто их трудно сразу распознать, так как они обычно малы по размеру, а сама область их расположения — у основания языка или миндалин — трудна для клинического обследования.

Ротоглоточная СКК представляет собой метастаз из шейных лимфатических узлов. При HPV-ассоциированном раке эти метастазы часто имеют кистозную морфологию, и, как было показано ранее, имеют уже знакомые клинические проявления. Данные отличительные клинические черты HPV-ассоциированного ротоглоточного рака сравнимы с таковыми не-HPV-ассоциированного ротоглоточного

рака. Это нетипично для указанных метастазов, что приводит к ошибкам в диагностике их как кист жаберной щели, как это представлено в данном наблюдении. Частота метастазов СКК в кисты, поначалу диагностировавшихся как исходящие из жаберной щели, в литературе оценивается от 11 до 21%.

Ошибки в диагностике могут негативно сказаться на прогнозе болезни, так как приводят к запаздыванию начала терапии, что, в свою очередь, обуславливает прогрессирование процесса и увеличение риска метастазирования. Либо хирургическая биопсия кистозной массы даст основание предполагать кисту жаберной щели, что без адекватного исследования может привести к прорыву опухоли в окружающие ткани.

Демографические различия между кистой жаберной щели и кистозными метастазами лимфатических узлов могут помочь врачу в правильной диагностике. В то время как кисты жаберной щели могут возникать в любом возрасте, наиболее типичны они во второй и третьей декаде жизни. Имеющиеся в литературе данные указывают, что средний возраст больных с кистами шеи, гистологически подтверждённых как кисты жаберной щели, приходится на 32-37 лет. В противоположность этому кистозные метастазы из лимфатических узлов проявляются позднее в возрасте от 53 до 57,8 года. Особое внимание относительно кист должно уделяться больным старше 40 лет, так как 44% кист у этой возрастной популяции больных, как отмечено в литературе, имеют злокачественную природу. Наиболее часто указанные патологические процессы, обусловленные кистозными метастазами, представляют собой HPV-ассоциированный рак головы и шеи и папиллярную карциному щитовидной железы.

КТ занимает важное место в диагностике и стадировании рака головы и шеи и играет решающую роль в дифференциальной диагностике этой патологии от поражений шеи злокачественной кистозной лимфаденопатии. На КТ с контрастом имеет место гомогенное ослабление на протяжении всей субстанции кисты жаберной щели. Признаками, подозрительными на малигнизацию, являются перегородчатость, гетерогенность ослабления и экстракапсулярное распространение. Однако присутствуют зоны совпадения между радиологическими признаками доброкачественности и злокачественности кист. Повторные местные инфекции, поражающие кисты жаберной щели, могут вызвать радиологические признаки, сходные с таковыми при метастазах в лимфатические узлы, поражённые СКК.

В одном исследовании 31% кистозных метастазов из лимфатических узлов были расценены как доброкачественные, в то время как 38% кист жаберной щели имели агрессивные признаки, похожие на вышеуказанные метастазы. Очевидно, что применение только КТ в оценке кист шеи приводит в большом числе случаев к неправильной диагностике. Цитологическое исследование ТИАБ является современным стандартом в диагностической расшифровке солидных масс шеи и, как сообщается, имеет чувствительность, превышающую 92%, и положительную предсказуемость в 100% для диагностики карциномы головы и шеи.

К сожалению, кистозные образования не являются часто встречающейся патологией. Опыт накоплен небольшой. Поэтому отношение к ним остаётся противоречивым. Сообщается, что только в 33-55% случаев ставится правильный диагноз. В 50% имеет место ошибочный

диагноз. Аспират из метастатических кист лимфатических узлов обычно трудно поддаётся правильной интерпретации из-за эффекта разведения жидкости, полученной при аспирационной биопсии. Часто обнаруживаются признаки воспаления внутри кистозных узлов, что вызывает обширные деградации эпителиальных клеток, в аспирате много воспалительных клеток и клеточного детрита. Эти цитологические находки в значительной степени перекрывают таковые, обнаруживаемые в кистах жаберной щели и могут привести к ошибочной диагностике.

Несмотря на эти ограничения, ТИАБ остаётся диагностически важным методом исследования при кистозных образованиях. Более того, появление технологий молекулярной диагностики позволяет определять HPV DNA и тироглобулин при помощи ТИАБ для более точной патогистологической диагностики злокачественной кистозной лимфаденопатии и выявления оккультных первичных опухолей. Наличие HPV DNA или тироглобулина в аспирате является убедительным для диагноза HPV-ассоциированной ротоглоточной СКК и рака щитовидной железы. Хотя эти методики применяются, главным образом, для научных исследований, они пригодны для широкого круга клинических ситуаций для дифференциации между доброкачественными и злокачественными кистозными образованиями шеи.

Дифференциальная диагностика кистозных метастазов из лимфатических узлов от кист жаберной щели представляет важную диагностическую задачу, но порой трудную. С ростом частоты HPV-ассоциированной ротоглоточной СКК в Австралии авторы статьи заключают, что метастатическая лимфаденопатия является первым предварительным диагнозом во взрослой популяции с кистозными образованиями шеи до тех пор, пока не будет доказан другой диагноз. Авторы призывают к осторожности в интерпретации опухолевых образований на шее как доброкачественных, применяя для обследования больного только или КТ, или ТИАБ. Врачам общей практики следует применять эти диагностические методики вместе и, если необходимо, прибегать к помощи оториноларингологов для уточнения диагноза.

Уроки для практики

- Частота HPV-ассоциированного ротоглоточного рака возрастает и представляется относительно новой патологией, которая отличается от традиционного рака головы и шеи по этиологии, эпидемиологии, клинической картине и прогнозу.

- Боковые кисты шеи у взрослых часто неправильно расцениваются в диагностическом плане как кисты жаберной щели, их следует считать метастатической лимфаденопатией до тех пор, пока не будет установлен другой диагноз.

- Применение только КТ или только ТИАБ в диагностической расшифровке опухолевых образований на шее может привести к ошибочному диагнозу. Результаты этих исследований должны оцениваться вместе с оториноларингологом, что повышает точность диагностики.

- Методы молекулярной диагностики для определения HPV DNA и тироглобулина в биопсийном аспирате могут помочь врачам в диагностике оккультных первичных опухолей с метастазами кистозных лимфатических узлов.

Рудольф АРТАМОНОВ.

**По материалам
Medical Journal of Australia.**

**В Детскую городскую больницу
г. Череповца Вологодской области
срочно требуются
АНЕСТЕЗИОЛОГИ-РЕАНИМАТОЛОГИ.**
3/п от 50 000 руб. Предоставляем служебное жильё.
Тел. **8-202-26-77-25.** E-mail: ok_dgb@mail.ru

**ФГБУ «НЦССХ им. А.Н.Бакулева»
Минздрава России
и Гуманитарный фонд Андрея Скоча «ПОКОЛЕНИЕ»
объявляют конкурс на премии имени А.Н.Бакулева
и академика РАМН В.И.Бураковского
за выдающиеся достижения в области
сердечно-сосудистой хирургии за 2016 г.
Срок подачи документов – **до 8 ноября 2016 г.**
С условиями представления материалов на премии
можно ознакомиться на сайте **www.bakulev.ru****

Исследования

Альтернативный
имплантат

**Группа исследователей из
Калифорнийского университета
(США) разработала имплантат,
который при помощи стимуляции
отдельных участков мозга
сможет снимать симптомы некоторых
психических и неврологических
расстройств и даже
лечить серьёзные заболевания,
в том числе онкологические.
Первые лабораторные эксперименты
на животных завершились
вполне успешно.**

Существует множество заболеваний, в результате которых страдает мозг. Это, например, шизофрения, болезнь Альцгеймера, различные мозговые опухоли. В результате таких недугов у человека снижаются когнитивные способности, возникают головные боли, проблемы со сном. Люди начинают «заговариваться», у них проявляется параноидальный синдром, нарушается связь с реальностью. Порой практически разрушается личность.

При неврологических недугах нарушается связь между мозгом и другими органами: тело отказывается слушать мозговые «команды». Это приводит к нарушению координации движений, параличу, иногда частичной или полной обездвиженности. При самом неблагоприятном течении болезни человек превращается в «растение», не способное ни мыслить, ни двигаться.

До недавних пор лечение таких пациентов было направлено в большей степени на то, чтобы замедлить дегенеративные процессы в мозгу, как-то купировать симптомы при помощи медикаментов, далеко не всегда безопасных.

Но, похоже, учёные готовы совершить грандиозный прорыв. После того как устройство, разработанное командой калифорнийских биологов и программистов, вживили лабораторным мышам и оно начало стимулировать проблемные участки мозга посредством лазерных импульсов, у грызунов исчезли симптомы и последствия некоторых болезней. А рак головного мозга, обнаруженный у животных на ранних стадиях, полностью «рассасывался».

Помимо всего прочего, миниатюрный аппарат, вживляемый в мозг, оснащён функцией подавления инфекционных и воспалительных процессов, которые нередко возникают как реакция на инородные тела в организме. Ко всему прочему у него много меньше побочных эффектов, чем у различных медикаментов.

Имплантат, конечно, нельзя и не стоит рассматривать как панацею. Так, на поздних стадиях рака, когда мозг фактически разрушен, вряд

ли удастся достичь «чудесного» результата. Но всё же это уже большой шаг вперёд.

Однако на этом возможности открытия не заканчиваются. Чудо-имплантат может пригодиться и вполне здоровым людям – с его помощью можно улучшить память, восприятие, мышечные реакции и работу мозга в целом.

В дальнейших планах научной группы разработка ещё одного вида устройств – для людей, которым необходимо быстро приобрести набор новых знаний и навыков, к примеру, военных, космонавтов или тех, кто вынужден работать в экстремальных условиях.

Собственно, сама идея стимуляции мозга в различных целях далеко не нова. Так, недавние исследования показали, что транскраниальная стимуляция постоянным током (ТЭС-терапия), при которой электроды прикрепляются к коже головы, приводит к повышению познавательных способностей и облегчению симптомов тревоги или депрессии.

В то же время недавно нейробиологами из Медицинского центра Бет-Израиль и Пенсильванского университета было опубликовано открытое письмо, призывающее не увлекаться такими методами. Авторы обращения заявляют, что подобный стимулятор мозга легко изготовить в домашних условиях. Очень многие люди готовы использовать такие приборы в качестве альтернативы антидепрессантам и «усилителя» памяти и прочих умственных способностей. Учёные предостерегают от такой «доморощенной» терапии, подчёркивая, что пользование самодельными устройствами может привести к непредсказуемым результатам, опасным для здоровья и когнитивных функций.

Эксперты добавляют, что на сегодняшний день ещё не изучены все возможные риски ТЭС-терапии. Например, неизвестно, как это влияет на другие участки мозга, не подвергающиеся непосредственному воздействию, и являются ли изменения, произошедшие в результате стимуляции, необратимыми. Возможно также, что на результаты влияют и такие факторы, как пол и возраст пациента, особенности строения его мозга и анатомия черепа, употребление тех или иных лекарств.

Не нужно спешить «разгонять» мозг, говорят учёные. Опыты на мышках – это одно, а вот к чему приведут эксперименты на людях? И ещё не факт, что вредные побочные эффекты не проявятся по прошествии времени. Так что пока лучше подождать и продолжить исследования в лабораторных условиях.

Кирилл ОРЛОВ.

Проекты

Рецепты против невесомости

Полёт людей на Марс, можно сказать, уже утвердился в повестке дня. В США кроме Национального аэрокосмического агентства NASA подготовку к нему в разной степени ведут сразу несколько частных компаний. Одна из главных задач, стоящих перед ними, – обеспечить здоровье и жизнь экипажа, которому предстоит провести в полёте как минимум 7 месяцев.

Хотя четверо землян имеют опыт непрерывного пребывания на орбите больше года, а 12 участников 6 американских экспедиций высаживались на Луне, в данном случае проблема имеет особое значение. Ведь речь идёт о полёте на несравненно – минимум в 150 раз – большее расстояние, исключающее возможность экстренной эвакуации на Землю. Любой вклад в её решение – будь то от организаций или частных лиц – приветствуется.

Зачем в космосе плесень?

Несколько лет назад фармаколог Клэй Ванг посетил космический центр NASA в Калифорнии, где расположена компания Jet Propulsion Laboratory, конструирующая жилой отсек будущего межпланетного корабля. Рассматривая его макет, он не мог избавиться от мысли: как быть, если кто-то из экипажа заболеет или на борту иссякнет годовой запас медикаментов?

На всех лекарствах в обязательном порядке ставится дата истечения срока годности. Но радиация, невесомость и вибрация во время полёта могут сделать их непригодными гораздо раньше. Первооткрывателям Марса, по мысли Ванга, в таком случае нужно рассчитывать на возможность получать самые необходимые медикаменты через выращивание растений с целебными свойствами на борту. Теоретически эта идея, впрочем, обсуждалась, но до сих пор не получила практического воплощения.

Случайно или нет, д-р Ванг завел лабораторией в Университете Южной Калифорнии, где изучают живые организмы, производящие биологически активные молекулы. В их числе почвенный грибок, то есть обыкновенная плесень, микробы которой используются при получении пенициллина и препарата ловастатин, снижающего уровень холестерина. В лаборатории провели секвенирование генома одной из разновидностей грибка и установили, что из него можно извлечь до 40 медицинских пригодных штаммов.

– Проблема в том, что они находятся в дремлющем состоянии, – говорит Ванг. – Мы применили десятки приёмов, тщетно пытаясь разбудить их и заставить выделить вещества с потенциально лекарственными свойствами. Единственный способ проверить, будет ли грибок реагировать на экстремальные воздействия вне Земли, это отправить его в космос.

С одобрения NASA в этом году образцы четырёх штаммов грибка были доставлены на Международную космическую станцию (МКС), где они пробыли месяц, в том

числе несколько дней в стадии контролируемого роста. Другие четыре образца были пущены в рост в лабораторных условиях для последующего сравнения с ними.

Сотрудники Ванга пока не определились окончательно с результатами эксперимента, но считают, что они будут бесценными в любом случае.

– По меньшей мере мы узнаем, как повысить эффективность препаратов в космосе и как его условия влияют на рост грибка, – говорит Ванг. – В случае же удаи астронавты смогут воспроизводить для себя базовые снадобья во время длительного полёта.

Представляется, что экспедиции на Марс будут брать с собой споры от нескольких видов грибка с целью его быстрого размножения в случае нужды. Если у экипажа иссякнет, скажем, запас пенициллина, командный центр передаст геномную информацию, необходимую для продуцирования грибом соответствующих молекул. Бортовой ДНК-синтезатор станет вписывать эти коды в клетки, контролируя их деление до нужного объёма.

– У астронавтов будет под рукой аптечка, полная различных штаммов, – мечтает Ванг. – Её содержания должно хватить, чтобы помочь им долететь здоровыми до Марса.

В союзе с телемедициной

А как быть если во время полёта у кого-то вдруг случится сердечный приступ? Или кто-то сломает руку-ногу? Последнее тем более вероятно, что длительное пребывание в невесомости в числе других неблагоприятных изменений в организме человека ведёт к уменьшению костной ткани, а значит, к повышенной хрупкости костей и потере мышечной массы. С начала освоения космоса такого рода ЧП пока не было, и всё же?

У Томаса Дойла, специалиста в области телемедицины и смежных технологий из канадского университета МакМастера, есть 3 года, чтобы предложить NASA схему решения этих несправных вопросов. Афилированный с

агентством Институт медицинских исследований в Хьюстоне выделил ему грант в миллион долларов на разработку комплексного подхода к оснащению космического корабля и подготовке астронавтов на случай травм и неотложной помощи во время полёта.

– Сегодня в этом плане нет никакого тренинга и установленных процедур, – говорит Дойл. – Скромный врачебный набор умещается в небольшом отсеке, а его укомплектованность продумана неважно. Представим, что на МКС потребуется срочная медицинская помощь. Это всё равно что пытаться сделать жизненно важную операцию в пустыне.

Околоземную орбиту, на которой находится МКС, отделяет от Земли 340 км. Чтобы экстренно транспортировать с неё травмированного или заболевшего, нужно около 12 часов. При этом наступление гравитации серьёзно скажется на его общем состоянии – от изменений в составе крови до расположения органов в теле.

Задача Дойла и подключившихся к нему сотрудников NASA, Гарвардского университета и медицинской школы Северного Онтария – создать систему мер по защите здоровья космонавтов и его мониторингу на удалении. Причём рассчитанную не только на МКС, но и с прицелом на полёты в дальний космос.

В этих целях будет построен симулятор со специальной оснасткой. На нём станут разыгрывать чрезвычайные ситуации медицинского характера и отрабатывать пакеты инструкций по их разрешению, включая постановку диагноза, оказание первой помощи и назначение восстановительной терапии. Действия обучаемых будут наблюдать и корректировать дистанционно в реальном времени.

В работе над проектом Дойл опирается на свои предшествующие изыскания в этой области по заказу Космического агентства Канады. В частности, участие в эксперименте по применению телемедицины в экстремальных условиях на крайнем севере страны, где отсутствовали обычно доступные врачебные ресурсы и широкополосные каналы связи.

Применительно к космической телемедицине трудностей должно быть ещё больше. Но это не обескураживает участников проекта. И они не намерены отступаться от достижения его амбициозных целей, которые включают даже лечение сердечно-сосудистых заболеваний на расстоянии.

Том ЗАЙЦЕВ,
соб. корр. «МГ».

Нью-Йорк.

Угроза

Учёные из Университета Западного Сиднея (Австралия) обнаружили, что более половины продающихся в Австралии бутылочек для кормления детей имеют неправильную или вовсе отсутствующую маркировку. Они призвали производителей ввести единый стандарт, чтобы предотвратить развитие болезней, связанных с перекармливанием или обезвоживанием.

мендовано производителями заменителей молока. В сочетании с неправильной маркировкой на бутылочках это может привести к определённому осложнению, особенно у детей, родившихся раньше срока или имеющих недостаток веса. Чрезмерная концентрация смеси может привести к запорам и частым срыгиваниям. С другой стороны, недостаточное питание может стать причиной медленного роста или задержки

Детские бутылочки могут быть опасны

Группа Карлин Гриббл приобрела бутылочки каждого вида, который продавался в магазинах, и проверила, соответствует ли нанесённая на них маркировка заявленным объёмам. Оказалось, что на каждой пятой бутылочке хотя бы одно деление было отмечено настолько неточно, что не соответствовало стандарту.

Разница в заявленных объёмах и реальных доходила до 43%. Таким образом, если родители руководствовались маркировкой, то их дети либо употребляли значительно большее количество смеси, либо, наоборот, получали меньше питания.

Руководитель исследования отметила, что родители и так часто кладут больше смеси на заявленный объём воды, чем реко-

в развитии, так как детский организм не получает достаточного числа энергии и витаминов.

Ещё одно возможное осложнение – обезвоживание. Карлин Гриббл подчеркнула, что в исследовании были использованы бутылочки, которые производятся по всему миру – в Австралии, Австрии, Бельгии, Болгарии, Великобритании, Германии, Китае, Малайзии, Таиланде, США, Новой Зеландии и Сингапуре. Таким образом, по её словам, проблема не является только австралийской, и жёсткие стандарты на маркировку детских бутылочек необходимы во всём мире.

Алина КРАУЗЕ.

По информации
Medical Xpress.

Взгляд

Креатин: всё выше и выше...



Карбоновая кислота креатин давно используется спортсменами. Но теперь медики призывают использовать эту добавку беременным женщинам.

Оказывается, при низком уровне креатина в организме у женщины может родиться ребёнок с недостаточной массой. Плюс, было установлено: с увеличением концентрации креатина в моче матери на одну единицу рост ребёнка увеличивался на 11 мм.

Учёные пока не говорят, каковы оптимальные объёмы потребления креатина. В целом они считают, что

для беременной нужна дозировка в два раза больше, чем для женщины, не ожидающей ребёнка.

Между тем учёные не рекомендуют беременным торопиться в аптеку за БАДами с креатином. Достаточно сбалансированно питаться. Половина объёма от запасов креатина в теле образуется вследствие потребления мяса и рыбы. Оставшиеся объёмы вырабатываются в теле самостоятельно из других соединений.

Кирилл ОРЛОВ.

По материалам
The Sydney Morning Herald.

Тайное и явное

Как известно, хороший сон крайне важен для самочувствия человека. Кроме того, что человек не тратит во время него энергию, сон также восстанавливает силы, стимулирует регенерацию тканей и работу памяти и других когнитивных функций.

Хроническая бессонница ведёт ко многим проблемам – расстройствам психики, провалам в памяти, в долговременной перспективе – к ожирению и деменции. Особо серьёзные формы бессонницы

Подберу музыку к словам...

могут увеличить шанс наступления летального исхода. Множество аварий происходят из-за того, что водитель не выспался.

Учёные из Университета в Линкольне (США) и Лондонского университета (Великобритания) обнаружили, что сеанс прослушивания любимой музыки перед сном может сократить вторую – переходную – фазу сна. Таким образом, люди быстрее достига-

ют следующей фазы, в которой организм начинает восстанавливаться.

В исследовании участвовали студенты из Великобритании и более старшие люди из Сингапура, и все они по истечении 3 недель эксперимента отметили несомненную пользу 45-минутного прослушивания музыки перед сном. Причины, по которым люди любят слушать музыку перед тем, как

уснуть, разные. Она помогает отключиться от внешних (например, шум машин) и внутренних (звон в ушах) звуковых раздражителей, даёт чувство защищённости.

Сотрудники университетов инициировали опрос, в котором участвовал 651 человек. Все эти люди отвечали, какая музыка помогает им уснуть. Лидировали композиции Баха, Эда Ширана, Моцарта. Всего было названо 545 различных

исполнителей, игравших в 14 жанрах. На основе этого учёные с помощью компьютерных алгоритмов будут проводить анализ, чтобы найти определённые зацепки для создания идеальной музыки для засыпания. Однако, несмотря на предстоящую работу, они заранее предупреждают: музыка, которую человек выбрал сам, которая нравится именно ему, будет эффективнее, чем наборы композиций, созданные кем-то ещё.

Георгий ВЕРНЕР.

По информации Ifscience.

Имя её хорошо знакомо в нашем окружении. Она – многолетний врач Солнечногорской центральной районной больницы Московской области, писатель, поэт, автор текстов многих популярных песен, член Союза писателей России, издавшая несколько книг стихов, рассказов, научных статей, секретарь Солнечногорского городского литературного объединения «Сенеж».

Она с отличием окончила Калининский медицинский институт и курсы журналистов. Её произведения вошли в антологию современной русской поэзии последних лет. Детский хор «Весёлые нотки» Солнечногорского дома народного творчества всегда радостно поёт её «Солдатки-россияночки». Песня «Ангел Любви» на музыку барда В.Сивака в его исполнении, песня «Золотые купола» в исполнении Романа Манухина, многие другие музыкальные произведения на стихи Татьяны Лаптевой никого не оставляют равнодушными.

О светлой и солнечной поэзии Татьяны Лаптевой один из читателей сказал: «Её произведения как глоток чистой воды! Её мысли и чувства подобны роднику, ручью, морю и океану! Её стихи созвучны стихиям ветра и неба, блеску солнца и мерцанию далёких звёзд, перистым облакам и разноцветной радуге! В этих стихах – звучание энергетики чистоты и света! Они наполняют радостью и оптимизмом наши души и сердца...»

Пациентка Т.Лукина направила Т.Лаптевой письмо, в котором сказано: «Уважаемая Татьяна Вениаминовна! Сердечно благо-

Душевное дело

«Не предай любви красоту»

Так пишет в одном из своих стихотворений ветеран здравоохранения Татьяна Лаптева



Татьяна Лаптева

дарим Вас за ваше милосердие и готовность в любой момент прийти на помощь! Вы верны клятве Гиппократова, обладаете обширны-

ми социальными знаниями, Вам присущи бесконечное терпение, стойкость, чуткость и душевная щедрость. Ваш повседневный труд нелёгок, ведь Вы охраняете величайшие ценности, дарованные нам, – жизнь и здоровье. В самые трудные минуты Вы проявляете высочайший профессионализм, ответственность, сострадание и доброту. Ваша профессия не знает праздников и выходных и требует терпения, мужества и душевной отдачи. Вы – поэт, натура творческая, созидательная, интеллектуальная. Вспоминаются гении: Антон Чехов – врач и писатель; Михаил Булгаков – тоже врач и писатель. И Вы тоже похожи на них. Огромнейшее Вам спасибо, милейшая Татьяна Вениаминовна, за то, что вы любите свою профессию, Вы действительно служите людям. Желаем Вам крепкого здоровья, успехов в вашем благородном

деле, счастья и душевного тепла в доме...»

В 2010 г. Татьяну Вениаминовну пригласили посетить Женеву, где находятся международные писательские организации и библиотеки. Ей торжественно вручили билет члена Международной ассоциации писателей и публицистов под патронажем ООН и взяли её стихи для публикации на языках мира.

Врач высшей квалификационной категории по функциональной диагностике и УЗИ, Татьяна Лаптева создала службу от первого ЭКГ-аппарата до компьютерных комплексов. Она имеет научные работы по методам функциональной диагностики, которые и успешно внедрила в практическое здравоохранение.

Но для неё, как и для многих медиков, для которых важно Слово, всегда было девизом высказывание Антона Павловича Чехова:

«Как врач я могу пролечить тысячи больных, а как писатель – неизмеримо больше, и буду лечить даже после своей смерти».

Неиссякаемый читательский интерес вызвали книги Татьяны Лаптевой «Ангелы любви» – стихи о любви; «Письма любви» – рассказы о любви; «Вселенная любви» – стихи и рассказы о любви и жизни. Её произведения вошли в сборники «Поэзия Солнечной Горы», «Город наш солнечный», «Книги памяти боевого братства», «Час до рассвета».

Да, есть о чём вспомнить, о чём рассказать Татьяне Лаптевой во время её многочисленных встреч с книголюбями на литературных вечерах.

Несмотря на свой солидный пенсионный возраст, Татьяна Вениаминовна продолжает трудиться врачом в Солнечногорской центральной районной больнице, пишет новые стихи и рассказы, выступает на радио и телевидении.

«Не предай любви красоту, я тебя молю в который раз! Знай всегда – с небесной высоты ангелы любви глядят на нас!...» – пишет она в одном из своих стихотворений. Калейдоскоп привычных забот и дел продолжается! За взятой высотой – новая высота!

От имени всех земляков, пациентов, родственников и читателей хочется пожелать неутомимой и целеустремлённой Татьяне Лаптевой всего самого светлого и наилучшего, бодрости и благоденствия!

Лев ЗУБАЧЕВ,
писатель,
член Солнечногорского
городского литературного
объединения «Сенеж».

Московская область.

Отдыхай!

Танцуют все!

И даже болезнь отступает

Четвёртый фестиваль творчества и доброй воли «Душевный арт» завершился в Ставрополе ярким гала-концертом с участием творческих коллективов города.

Приуроченный к всемирному Дню психического здоровья, фестиваль проходил на базе Ставропольской краевой клинической специализированной психиатрической больницы № 1 в течение месяца. Предполагалось, что праздник искусства будет способствовать социальной адаптации и преодолению барьеров между людьми с особенностями психического развития и здоровыми членами общества. Так оно и случилось, что убедительно показал гала-концерт, который прошёл в актовом зале больницы.

Все артисты продемонстрировали не только талант, но и волю к жизни, радости и здоровью. В зале не смолкали аплодисменты. Не только овации, но и возгласы восхищения вызвали участницы йоги-балета. Они стояли на головах, растягивались в шпагатах, демонстрировали удивительную пластику и грацию. Зажигательная «Кармен» едва не сорвала зрителей с мест, а вот усидеть на месте во время исполнения «Цыганочки» артистами студии «Астра» уже не было никакой возможности – танцевали все! Перефразируя известное выражение, можно сказать: «Цыганочке» все возрасты покорны и состояния души. Глядишь, и болезнь отступит...

Одним словом, концерт прошёл незабываемо, оставив в сердцах



Язык искусства понятен каждому

присутствующих радость и огромное чувство благодарности к тем, кто, прилагая огромные усилия, делает нашу жизнь ярче.

А накануне в Ставропольской психиатрической больнице № 1 прошли «Весёлые старты» для детей из разных социальных учреждений города. Каждая команда-участница включала воспитанников Ипатовского детского дома, учащихся коррекционной школы № 33 и маленьких пациентов Ставропольской психиатрической больницы № 1.

Состязались команды в беге с эстафетной палочкой и в обруче, переноске трёх мячей, конкурсе «Самый меткий», сооружении башни из кубиков и творческом конкурсе по рисованию памятных

картин. Жюри возглавила заведующая детским диспансерным отделением психиатрической больницы № 1, главный детский психиатр Минздрава Ставропольского края Татьяна Косова.

– Команды набрали равное количество баллов, – подвела итог она. – Победила дружба!

Все участники получили памятные призы и подарки от администрации Промышленного района краевого центра и общественной организации «Новые возможности». Ребятам вручили развивающие игры, наборы для творчества и рукоделия.

– Наши «Весёлые старты» собрали детей из различных социальных учреждений города, – комментирует клинический психолог больницы Анна Горштейн. – Все дети абсолютно разные, но такие игры их объединяют. Появляются новые знакомства, новые связи в макросреде. Уходит стеснение, повышается уровень самосознания, стираются грани, исчезает ощущение «особенности». Здесь они – просто дети.

Рубен КАЗАРЯН,
соб. корр. «МГ».

Ставропольский край.

Фото автора.



Под «Цыганочку» любой пустится в пляс

Праздники

Всемирно известный альтист, народный артист СССР Юрий Башмет побывал в гостях у маленьких пациентов гематологического отделения Омской областной детской клинической больницы.

Юрий Башмет: «Ваши мечты обязательно сбудутся...»

В Омск Юрий Абрамович приехал со своим коллективом «Солисты Москвы» на музыкальный фестиваль. Но, несмотря на огромную занятость, напряжённую концертную программу, нашёл время на посещение детской клиники вместе с губернатором Омской области Виктором Назаровым.

В гематологическом отделении высокие гости пробыли более часа, отвечая на вопросы мальчишек и девчонок, страдающих тяжёлыми заболеваниями крови, и их родителей, опекающих детей и в больнице. На вопрос, например, о любимом литературном герое в детстве Юрий Башмет ответил: «Д'Артаньян». И по-мальчишески похвалился: «У меня даже разряд по фехтованию был!»

В гости к детям, проходящим длительное лечение, знаменитый музыкант и губернатор пришли не с пустыми руками. Юрий Назаров подарил ребятам телевизор с эффектом 3D, а его тёзка Башмет – телескоп.

«Рассматривайте дружно по вечерам звёзды и верьте, что все ваши мечты обязательно сбудутся», – пожелал он детям.

Не остались в долгу и юные пациенты клиники. От их имени заведующая гематологическим отделением Наталья Осмульская преподнесла гостям плюшевых медвежат с оранжевыми бантами, символизирующими борьбу с лейкемией.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

Помните, как там у В.И.Ленина: «Кино есть величайшее из искусств»... Жили мы тогда, в свои советские студенческие годы, почти по этому «тезису» и в правдивости этого высказывания вождя не сомневались. А наоборот, всеми «фибрами души» мечтали отметиться в этом «величайшем из искусств» – хоть каким-нибудь краешком. В титрах пройти, в массовке промелькнуть...

И вот однажды – получилось! Промелькнули, отметились! Если рассказывать по порядку, то начиналось наше «кино» с обыкновенного стола. Этот обыкновенный стол, за которым сидел наш любимый декан Валентин Михайлович, на самом деле оказался совсем необыкновенным: массивный, деревянный, крытый зелёным сукном, он представлял собой какую-то историческую ценность и был облюбован сотрудниками киностудии «Беларусьфильм» для съёмки эпизода из фильма «Люди на болоте. Полесские хроники» по одноимённому роману Ивана Мележа.

И вот однажды четыре студентки 4-го курса педиатрического факультета Смоленского мединститута пришли к декану просить о досрочной сдаче экзамена в связи с отпразднованием в турпоход. А «допросились» у киношников до участия в съёмках фильма!

И началась для нас взбалмошная, суетливая, непредсказуемая «киношная жизнь»! Началась прямо во время летней сессии, перед последним экзаменом.

Теперь день для нас наступал в 6 часов утра: именно в это время новоиспечённые артистки ехали полусонные в пустом дребезжащем трамвае гримироваться, а в 9 утра, в трамвае уже переполненном, – «отмечаться» на кафедре военной подготовки. Наш прозорливый староста группы Владимир Евтушенко ставил «артисток» на построение в последний ряд, чтобы сотрудники кафедры не видели этого маскарада, а затем осторожно выпускал нас за дверь – в «новую жизнь», на съёмочную площадку.

Вечером процедура повторялась: проникновение на кафедру, построение... Получалось, что мы весь день прилежно изучали «секретные материалы» по устройству подводной лодки и механизмам действия ОВ (отравляющих ве-

А ещё был случай

Кино – великое искусство



ществ) наравне со всеми остальными благонадежными студентами. Но мы каждый день исчезали с кафедры. Никаких «военных тайн» мы врагам не открывали, мы просто самозабвенно снимались, аж в трёх эпизодах фильма.

Сначала мы были комсомолками на съезде молодёжи, затем преобразились в мещанок, ну а напоследок превратились в весёлую и кутливую «непмановскую» молодёжь. Эта сцена снималась в главном ресторане города на площади Свердлова. Главные герои фильма должны были профдефилировать мимо нашего столика, а мы – за пять минут съёмочного времени отразить все отрицательные черты тогдашней «золотой» молодёжи.

К нам за столик подсадили упитанного студента сельхозакадемии в качестве кавалера. Он был обязан разливать дамам шампанское, говорить комплименты и целовать ручки. Выпивать залпом бокал

шампанского и целовать – всё это у него здорово получалось, как будто в их академии только этому и учат! Мы же, по этикету, должны были лишь пригубить напиток, отчего немного завидовали нашему кавалеру. Но в кино всё правильно: раз кадр начинался с полных бокалов, то эти полные бокалы и должны были пройти по всем дублям – нам всё время подливали шампанское. На голодный желудок мы тоже достаточно быстро опьянели и очень натурально кокетничали с нашим кавалером. Сам главный режиссёр Туров был очень доволен – какие нынче пошли талантливые студенты, как самозабвенно играют!

Но вот следующий кадр мы чуть не «запороли»... Как увидели на подносе у официанта этот зажатый лангет в полтарелки, как унюхали этот волшебный запах... В миг про кокетство забыли! И наш упитанный захмелевший кавалер

про всё забыл, воинственно набросился на кусок мяса с ножом и вилкой и успел-таки половину отрезать и заглотить. Мы же за первый «лангетный дубль» только смогли вонзить вилки в аппетитный кусок.

Дубль номер 2. Мотор: ... успели отрезать... Этот обжора уже дожирает свой кусок, и ему, наверное, принесут новый – по законам съёмки! А мы тут изнываем в образе кокеток! Всё – беру руководство на себя. Обворожительно улыбаясь в камеру, шепчу своим приятельницам: «Давайте ускоряться. За третий дубль мы должны съесть хотя бы по кусочку!»

Дубль номер 3. Мотор... Да, кино – это искусство. Величайшее искусство! Испытание на прочность для голодных студентов. Ни кусочка больше не позволили ни отрезать, ни съесть ни нам, ни нашему кровожадному кавалеру! Ни кусочка! Только – улыбаться, кокетничать и жеманно тыкать вилкой в этот

треклятый лангет – аж восемь дублей кряду! Правда, после съёмок нам всё же позволили всё доесть и допить... Мы уже автоматически кокетничали и размеренно жевали, хотя нас уже никто и не снимал и наше пиршество уже не сопровождалось криками: «Дубль!.. Мотор!» Надрессировали... Вечером, стоя в последнем ряду на построении на кафедре военной подготовки, с грустью сообщали новости со съёмочной площадки: «Трудный был день, «лангетный»...

Да, сессия нам выдалась сложная – экзамены и подготовка вперемешку со съёмками. «Войну» новоиспечённые артисты чуть не «завалили».

Пришлось вновь возвращаться к старинному столу под зелёным сукном, просить у любимого декана разрешения на пересдачу. И наш мудрый декан поверил в нас, разрешил. А если Валентину Михайловичу что пообещали – не выполнить уже было невозможно. Закон чести!

Так что и экзамен всё же сдали (в сессию), и кино с нашим участием теперь смотрим. И часто возвращаемся мыслями и чувствами к обыкновенному столу под зелёным сукном и необыкновенному человеку, который сидел за ним целых 22 года, который умел и находил возможность понять каждого студента из всех 22 выпусков.

Я посвящаю это воспоминание светлой памяти замечательного врача, талантливого педагога, любимого декана – Валентина Михайловича Асмолова. Он любил всех нас – талантливых и взбалмошных, непоседливых и застенчивых, отличников и «середнячков» – и во всех верил. Добрая и вечная ему память!

Мы – все 22 выпуска педиатров Смоленского медицинского института – не посрамим эту память ни делами, ни поступками...

Я сейчас с удовольствием «смотрю» 57-ю серию замечательного фильма под названием «Жизнь». Часто возвращаясь мыслями к той его серии, которая называется «Студенчество». Где все мы так талантливы и блистательны, добры и молоды! Да, воистину, кино – величайшее из искусств!

Любовь КОЛОСОВА,
врач.

Москва.

Город, Иркут. обл.	Телега без кузова				Один из Гримм	СКАНВОРД										Бисопролол								
			Гепатит, препарат	"Бедная ...", Зоценко		Пастораль, Хофт	Нижний конец мачты	"Капит. дочка", перс.							Роды самки оленя		Кондит. изделие		Жен. орган цветка	Страна, Океания			Декор. растение	
	Лемур	Нижняя часть одежды				"Длинные штаны", реж.				Йена, река		Сев. созвездие	Монферран							Крик в театре			Книга Асеева	
			Даже (стар.)				Огорчение	Орли-стат									Нота		Склад					
	"Корабельная ...", Шишкин	Древний город, Ирак				Бельг. бактериолог				Деньги, Турция		Глаголева	Порт, Алжир		Район Древних Афин									
			Рос. историк				Отросток на колесе	Амер. гольфист			Освещение		Малая выпь						Приток Волги					
Кафтан у персов	Гоген, картина		Короед	Родина Альфьери				Лейтенант								М И Р Ф А К Д				П		Н	О П И Ц	
																Н Е Р Ж О Т К Л И К				Д О С С Е			А О	
																Ф Т О Р О Л И Н Т				Л О		Д Ф У Т	Р К	
Съезд					Мать богов, М. Азия		Отдает кровь						Лодка Хейердала			Е Н А Т А Н С И О З А М				З И Т Е К		Г У Г О		
																А Р Ф А Х Н А				П В И Ш Н У		Р Е Т А	С О Л	
																В М И Д Е Л О Т О				В		А М М А Н	М А Т Ь	
Автор Валерий Шаршуков		Прозрачная бумага						Корпус. артилл. снаряда								Г А Р Б О С Л О М				Г Р А Ф Н				
																Л У Н Д И П У Д О Ж				А М И				
																К А С В А Т				Н А И Т И Е				

Ответы на сканворд, опубликованный в № 79 от 19.10.2016.

Ответы на сканворд,
опубликованный
в № 79 от 19.10.2016.

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

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

Главный редактор А.ПОЛТОРАК.

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

Дежурный член редколлегии – Д.ВОЛОДАРСКИЙ.

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

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

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

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

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

«МГ» в Интернете: www.mgzt.ru

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

БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

Отпечатано в АО «ПК «ЭКСТРА М» 143405 Московская область Красногорский район, г. Красногорск, автодорога «Балтия», 23 км, владение 1, дом 1. Заказ № 16-09-00425 Тираж 28 493 экз. Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.