

Медицинская

17 сентября 2014 г.
среда
№ 69 (7494)

Газета®

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

Главная тема

Не надо бояться реорганизации

Минздрав России подвёл итоги работы комиссии
в Российской детской клинической больнице



Комиссия Минздрава России провела всестороннее рассмотрение жалоб и заявлений родителей детей, проходящих лечение в отделении гематологии № 1 Российской детской клинической больницы, а также всех обстоятельств возникшего конфликта между родителями и руководством больницы.

«Минздрав открыт для обращений общественных организаций и граждан, особенно родителей, и оперативно реагирует на подобные жалобы», — отметила заместитель министра, председатель комиссии Минздрава России в РДКБ Татьяна Яковлева на пресс-брифинге, по-

Жизнь и здоровье детей – превыше всего

священном результате проверки. – Согласно приказу министра о проведении внеплановой проверки в Российской детской клинической больнице мы полностью проверили работу этой медицинской организации, и в первую очередь – на предмет доступности и качества оказания медицинской помощи тяжелобольным детям».

В состав комиссии вошли ведущие врачи-гематологи, онкологи, педиатры и общественные деятели, в том числе академик РАН Александр Румянцев, профессора Леонид Рошаль и Николай Дайхес, представители профессионального сообщества из регионов.

По словам директора Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения министерства, заместителя председателя комиссии Минздрава России в РДКБ Елены Байбариной, в ходе проверки выявлены недостатки в организации внутреннего контроля качества, нарушения преемственности в работе отделений гематологии и трансплантации костного мозга, отсутствует коллегиальность в принятии решений, нарушен порядок получения сертификатов.

(Окончание на стр. 2.)

Фото Юрия ЛУНЬКОВА.

Дежурный по номеру: Александр КНЯЗЕВ

Директор
Департамента
здравоохранения
Костромской
области,
отличник
здравоохранения РФ.

Стр. 13.



Кагры

Дома и стены помогают

Первых 90 студентов принял Институт медицины и естественных наук на базе Марийского государственного университета.

На открывшийся в этом году медицинский факультет подали заявления 400 абитуриентов, конкурс составил почти 4,5 человека на место. 30 человек будут учиться на бюджетных местах и 30 – это иностранцы из Таджикистана, Украины и Африки.

Открытие института позволит снизить остроту кадровой проблемы. До сих пор единственным учебным заведением медицинского профиля в Республике Марий Эл был Йошкар-Олинский медицинский колледж, выпускающий специалистов среднего звена. Врачей по целевому набору обучают в пяти медицинских вузах России, с которыми Минздрав Ма-

рий Эл заключил договоры. К сожалению, далеко не все выпускники, завершая учёбу, возвращаются работать в республику.

Сейчас для медицинского факультета на набережной реки Малая Кокшага в Йошкар-Оле строится дополнительный корпус, в котором будет создана хорошая анатомическая база. По соседству расположится новый амбулаторно-поликлинический корпус, где студенты смогут проходить практику. А в новом корпусе Республиканского клинического госпиталя ветеранов войн, сданном в эксплуатацию в сентябре, для студентов-медиков предусмотрена отлично оснащённая учебная аудитория.

Ольга БИРЮЧЁВА,
внешт. корр. «МГ».

Республика Марий Эл.

СЕГОДНЯ В «МГ»

Биомедицинский кластер
создан в Кемерово

Стр. 4

Внешние причины смертности детей
и подростков – как с ними бороться?

Стр. 7

Конспект врача. Профессиональные
поражения сердечно-сосудистой
системы.

Стр. 8-9

Офтальмологи собрались на Байкале

Стр. 11

Проекты

С прицелом на Луну

Руководитель ФМБА России Владимир Уйба в ходе рабочего визита в Федеральный научно-клинический центр специализированных видов медицинской помощи и медицинских технологий ФМБА России ознакомился с ходом эксперимента по отработке модели физиологических эффектов пребывания человека на поверхности небесных тел с пониженным уровнем гравитации.

Данное исследование проводится НИИ космической медицины Федерального научно-клинического центра ФМБА России. Главной целью экспе-

римента является изучение реакций кардио-респираторной системы и опорно-двигательного аппарата человека при моделировании пониженной силы тяжести – именно в таких условиях космонавтам придётся жить и работать на Луне.

– В исследованиях по дальнему космосу был большой перерыв. Сейчас мы на базе НИИ космической медицины возобновляем такие исследования, так как тема дальних полётов очень актуальна, – отметил В.Уйба. – Во многом вопрос лежит не только в технической плоскости, но и в сборе медицинских данных – как подготовить космонавтов к

таким полётам, как составить программу адаптации, на какой период. Это первый подобный эксперимент. Мы планируем на базе этого института провести целую серию полномасштабных экспериментов именно с прицелом на дальние космические полёты.

Первая серия экспериментов включает в себя около 20 обследований. Всего же запланировано 5 экспериментов, которые рассчитаны на несколько лет.

Стоит отметить, что НИИ космической медицины, созданный всего лишь 1,5 года назад, предназначен для научно-методического сопровождения проектов по медико-санитарному обеспечению работающих с особо опасными условиями труда.

Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ,
обозреватель МИА Сито!



DIXION
МЕДИЦИНСКАЯ ТЕХНИКА ОТ ЕДИНОГО ПРОИЗВОДИТЕЛЯ

КОМПЛЕКСНОЕ ОСНАЩЕНИЕ
ОПЕРАЦИОННЫХ БЛОКОВ

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

Новости

Спортивная суббота в Казани

Казанский государственный медицинский университет при поддержке Министерства по делам молодёжи и спорту Республики Татарстан и Комитета по физической культуре и спорту Казани провёл «Спортивную субботу».

В рамках спортивного праздника в городском парке им. М. Горького состоялась большая зарядка, которую провели олимпийская чемпионка по лёгкой атлетике Юлия Зарипова и серебряный призёр Олимпийских игр по водному поло Ирек Зиннуров. Все желающие смогли поиграть в футбол, баскетбол, попробовать сдать нормы ГТО. Любители воздухоплавания примут участие в запуске воздушного шара Клубом воздухоплателей Казанского ГМУ «Тулпар».

«Спортивная суббота» – очередная акция движения «Мы здоровы, присоединяйтесь!», существующая на базе медуниверситета 14 лет. Цель движения, в котором принимают участие студенты, преподаватели и многочисленные друзья университета, – пропаганда здорового образа жизни.

Задача «Спортивной субботы» – привлечение внимания людей к занятиям физкультурой на свежем воздухе и возрождение традиции оздоровительных занятий в парках и скверах. В настоящее время благодаря реконструкции городских парков и открытию новых скверов эти возможности доступны всем казанцам.

Лилия ГАТИЯТУЛЛИНА.

Казань.

Появился новейший флюорограф

Цифровой флюорограф установили в Чугуевской центральной районной больнице, в Приморье. Современное оборудование появилось здесь по поручению главы края Владимира Миклушевского, которое он дал в ходе рабочего визита в Чугуевский район. Тогда к нему обратилась председатель совета ветеранов района, она рассказала, что уже в течение года в больнице не работает флюорограф и людям приходится ездить за сотню километров в Арсеньев и Кавалерово.

Новый цифровой флюорограф имеет рентгенозащитную кабину, оснащён также автоматизированными рабочими местами лаборанта и врача. Флюорографическое обследование позволяет выявлять такие заболевания, как туберкулёз и другие болезни лёгких, онкологические, патологии позвоночника.

Николай ИГНАТОВ.

Приморский край.

Есть — биоискусственная печень!

Биоискусственная печень создана на основе клеточных технологий и уже прошла успешные доклинические испытания. Это грандиозный успех коллектива учёных Федерального научного центра трансплантологии и искусственных органов им. В.И. Шумакова. Методика была разработана специалистами ФНЦ под руководством директора академик РАН Сергея Готьё.

Специалисты центра вырастили биоинженерный орган на основе матрикса (биокаркаса) печени. Этот биокаркас или бесклеточный матрикс заселили аутологичными культивированными клетками костного мозга и печени. Такую инженерную конструкцию «подсадили» рядом с больным органом, и она стала успешно способствовать регенерации тканей и восстановлению, причём полному, всех функций повреждённого органа.

Доклинические испытания проводились на подопытных крысах с острой или хронической печёночной недостаточностью. Через 90 суток после трансплантации клеточно-инженерной конструкции специалисты, проводя морфологическое исследование, обнаружили в больной печени жизнеспособные гепатоциты, а вместе с ними – и проросшие через матрикс сосуды. Печень ожила! Как говорят учёные, регенерирован новый орган.

Работа в Центре трансплантологии продолжается. Теперь перед коллективом ФНЦ стоит задача: полностью вырастить печень крысы в биореакторе, отдельно от организма.

Татьяна КУЗИВ.

Москва.

Сообщения подготовлены корреспондентами «Медицинской газеты» и Медицинского информационного агентства «МГ» Cito!

Деньги

Курильщики заплатили 28 млн рублей

Роспотребнадзор бьёт по любителям табака штрафами

Любишь табачок, люби и денежки платить: борясь с курильщиками и их сторонниками, Роспотребнадзор добыл за первое полугодие в казну государства около 28 млн руб. Такова общая сумма административных штрафов по фактам нарушений, установленных нормами антитабачного закона.

Около 5,5 тыс. правонарушителей Федерального закона «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака» привлечены должностными лицами Роспотребнадзора к административной ответственности. В их числе – около 3,6 тыс. граждан, 970 должностных лиц (работников организаций – продавцов табачной продукции), 518 индивидуальных предпринимателей и 456 юридических лиц. Штрафы наложены на них в соответствии с санкциями статей 6.24, 6.25, 14.3.1 и 14.53 КоАП.

За нарушение действующих запретов курения табака на отдельных территориях, в помещениях и на объектах, в том числе на детских площадках, к административной ответственности привлечено 2,9 тыс. физических лиц. Общая сумма штрафов на граждан, не соблюдавших запрет на курение, составила около 2 млн руб.

Пренебрежение к требованиям к знаку о запрете курения, а также к оснащению специальных мест для курения обошлось 430 правонарушителям в 7,5 млн руб. А стимулирование продажи табачной продукции или потребления табака стоило 106 физическим и 16 юридическим лицам около 1 млн руб.

Поплатились и нарушители ограничений в сфере торговли табачной продукцией и табач-



Штраф его не страшит...

ными изделиями: к административной ответственности привлечено 270 юридических лиц и 460 индивидуальных предпринимателей. Общее же количество правонарушителей, привлечённых Роспотребнадзором по соответствующей статье КоАП, составило 1960 лиц, из них 555 лиц привлечено к ответственности по фактам продажи табачной продукции несовершеннолетним. Сумма административных штрафов составила около 17,5 млн руб.

Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека обращает внимание на необходимость соблюдения запретов, установленных законодательством Российской Федерации в целях охраны здоровья граждан от воздействия табачного дыма и последствий потребления табака.

А вот данные последнего социологического опроса по поводу курения, который провёл в августе 2014 г. Всероссийский центр изучения общественного мнения.

Количество некурящих россиян увеличилось в сравнении с прошлым годом на 7%, достигнув общей отметки в 65%. При этом о том, что курить в жизни ни разу не пробовали, заявили почти половина респондентов. По словам 13% опрошенных, они сумели бросить курить.

Среди курильщиков каждый третий курит только в местах, где это не запрещается действующим законодательством. Четверть курильщиков стараются курить там, где они менее заметны окружающим. Большинство из таких – женщины, граждане с высокими доходами и молодёжь 18-24 лет.

Только 17% курильщиков заявили о том, что не обращают внимания на закон и курят там, где им вздумается, выплачивая при этом штрафы. Самыми некурящими среди россиян оказались женщины: 81%, а также пенсионеры – 79%.

Иван ВЕТЛУГИН.

МИА Cito!

Главная тема

(Окончание. Начало на стр. 1.)

Так, заведующая отделением гематологии № 1 Зарема Дышлева не прошла обязательную сертификацию, которую необходимо иметь врачу, работающему в подобном отделении. Кроме того, был нарушен ряд этических профессиональных норм, в результате чего родители детей были вовлечены в конфликт с руководством РДКБ.

– Родителям пытались внушить, что один из врачей проводит лечение правильно, а другой – неправильно, что является грубейшим нарушением профессиональной этики и не соответствует действительности, – подчеркнула Е. Байбарина. – В целом показатели качества в РДКБ удовлетворительные, уровень летальности соответствует среднему уровню среди подобной группы пациентов.

Не надо бояться реорганизации

– Профессиональное сообщество врачей детских гематологов-онкологов уже обозначило свою позицию в открытом письме министру, которое было отправлено во все регионы России, и поставили всех в известность о неэтичном поведении врача, – сообщил директор Федерального научно-клинического центра детской онкологии, гематологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачёва, главный детский специалист-гематолог Минздрава России и член комиссии по проверке деятельности РДКБ Александр Румянцев.

Эксперты, вошедшие в состав комиссии, поддержали решение руководства РДКБ об объединении отделения гематологии и

трансплантации костного мозга, что улучшит преемственность между отделениями, качество и доступность медицинской помощи.

По словам А. Румянцева, большинство трансплантационных центров в России и в мире идёт по пути объединения отделений гематологии и трансплантации, что даёт возможность не нарушать междисциплинарный подход к пациенту.

– Сейчас нами найдено компромиссное решение и с профессиональной, и с морально-этической точек зрения, – отметил член Общественной палаты РФ, директор Федерального научно-клинического центра ото-

риноларингологии ФМБА России, член комиссии по проверке деятельности РДКБ Николай Дайхес. – Минздрав строго следит за тем, чтобы лечение осуществлялось по протоколам и стандартам лечения, и мы должны следить за ситуацией, в том числе и со стороны Общественной палаты.

Как отметили члены комиссии, сокращения коечных мест в ходе реорганизации не планируется. 10 коек переводятся в дневной стационар, по словам А. Румянцева, это позволит большему числу пациентов получать необходимую медицинскую помощь.

– Реорганизация приведёт к изменениям только в управлен-

ческом аппарате, – заключила Т. Яковлева. – Никто из врачей не будет уволен, доступность и качество медицинской помощи будут улучшены, дети получают не только необходимое лечение в полном объёме, но и смогут пройти реабилитацию в лечебно-реабилитационном центре для детей с онкологическими и гематологическими заболеваниями и на базе Центра детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачёва. Для нас главное – это жизнь и здоровье детей.

Павел АЛЕКСЕЕВ.

МИА Cito!

Москва.

Рассмотрев результаты анализа планирования и реализации мероприятий государственных программ, коллегия Счётной палаты РФ (СП РФ) под председательством Татьяны Голиковой вновь выявила нарушения в здравоохранении. На этот раз речь идёт о Государственной программе развития здравоохранения на 2013-2020 гг.

Совсем недавно наша газета уже рассказывала о девяти контрольных мероприятиях СП РФ, результаты которых вызвали, мягко говоря, несогласие Минздрава России (см. «МГ» № 59 от 13.08.2014 – «Счётная палата осталась недовольна» и «А как же в действительности...») Тогда проверки касались формирования, финансового обеспечения в 2013-2014 гг. и реализации в 2013 г. федеральной и региональных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и базовой программы обязательного медицинского страхования.

Полагаю, что пересказывать эти публикации общим размером в две газетные полосы смысла нет: легче взять в руки тот номер «МГ» или зайти на наш сайт в Интернете. Тем более что речь сегодня совсем не о делах тех дней...

На этот раз на коллегии СП РФ обсуждались выявленные её аудиторами многочисленные нарушения при реализации мероприятий целого ряда государственных программ. Досталось не только Минздраву, но и многим другим министерства и ведомствам.

Однако какие всё же претензии высказаны на коллегии СП РФ в адрес Минздрава? Чтобы не быть голословным и не злоупотреблять лишними здесь рас-

суждениями и комментариями, обращусь к официальному сайту палаты.

Цитирую. «В ходе анализа реализации Государственной программы «Развитие здравоохранения» на 2013-2020 гг. было установлено, что ряд медицинских организаций не выполнили установленные объёмы государственного задания, при этом полностью

израсходовали выделенные бюджетные средства, завывсив тем самым фактически сложившуюся стоимость единицы показателя. Среди указанных организаций, в том числе ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России и ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России.

Анализ эффективности расходования бюджетных средств на реализацию инвестиционных проектов программы показал, что до настоящего времени не введены в эксплуатацию 12 из 16 объектов (75%), запланированных к вводу в 2013 г. При этом по указанным 12 объектам в 2013 г. было освоено 980,5 млн руб. (95,1% от профинансированных средств).

по цене 117,27 руб. за единицу, а в Курганской области – по цене 1380 руб. В Камчатском крае лекарственный препарат «Левифлоксацин» был закуплен по цене 99,99 руб. за единицу, а в Челябинской области – по 226,16 руб. В связи с этим Минздраву России необходимо проводить мониторинг осуществления региональных закупок».

...Конечно, о контроле и ещё раз о контроле говорил небызывестный основоположник марксизма-ленинизма. Но уж очень не нравится мне это противостояние двух уважаемых государственных служащих весьма и весьма высокого ранга, бывшего и нынешнего главных руководителей российского здравоохранения. Тем более если вспомнить о недавней болезненной реакции ныне возглавляемых ими министерства и ведомства, о чём говорилось в указанных публикациях.

«Я могу твёрдо сказать, что в 2014 г. никаких осложнений с оказанием качественной медицинской помощи не будет», – заявила Вероника Скворцова, отвечая на просьбу журналистов прокомментировать выступление Т.Голиковой ещё при первом чтении законопроекта о федеральном бюджете в Госдуме РФ. Бывшая глава Минздрава-соцразвития России выразила тогда опасение, что ситуация в государственной медицине в этом году может стать хуже, что связано с изменениями в финансировании российского здравоохранения...

Так или иначе вопросы, увы, остаются. Чем дело кончится, на чём сердце успокоится?

Константин ШЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

Ситуация

На чём сердце успокоится?

Счётная палата РФ вновь выявила нарушения в здравоохранении



Вероника Скворцова (слева) и Татьяна Голикова на одном из совещаний в правительстве

При оценке исполнения государственных контрактов (гражданско-правовых) договоров выявлен значительный разброс цен на закупку одного и того же лекарственного препарата между регионами при сопоставимых условиях закупки (включая количество закупаемых лекарственных препаратов). Например, если в Тульской области лекарственный препарат «Капреомицин» был закуплен по цене 219,9 руб. за единицу, то в Курской области этот же препарат закупили по цене 522,37 руб. В Волгоградской области противовирусный препарат «Ламивудин» закупался

Новые подходы

В Кузбасском технопарке прошло первое рабочее совещание представителей малого и среднего бизнеса, занимающихся инвестиционной, инновационной и производственной деятельностью в области биомедицины.

«Биомедицинский кластер» – звучит красиво, но загадочно. Даже собравшиеся в технопарке руководители компаний, ориентированных на сохранение здоровья населения, поначалу не совсем представляли, о чём именно пойдёт речь. Так что организаторам пришлось начать с «ликбеза».

«Сегодня биомедицина – это такое же новшество, как в своё время полёт в космос, – пояснил генеральный директор ОАО «Кузбасский технопарк» Сергей Муравьёв. – В Кемеровской области имеются компании, которые стояли у истоков зарождения этой отрасли, и сегодня им есть что предъявить. Задача Центра кластерного развития – не продвигать отдельную фирму, а найти такие проекты, которые объединили бы большинство. Один производит новый биоматериал, другой – препарат, замедляющий его старение, третий – изделие из этого материала, четвёртый предлагает проанализировать результаты его применения...»

«Первая программа развития биомедицинского кластера Кемеровской области была написана ещё в 2012 г., – напомнил один из её разработчиков Артём Рада. – Мы сверились тогда с общемировыми трендами и поняли, что в ближайшие 20 лет галопирующий рост будет только в биомедицине,

Кластер – не клейстер. Но склеит – будь здоров!

Сегодня биомедицина уже не воспринимается как полёт в космос

СПРАВКА

Центр кластерного развития Кузбасского технопарка был создан в августе текущего года.

Центр готов оказывать следующие услуги:

- организация и проведение обучающих семинаров;
- подготовка документации, начиная с бизнес-плана;
- оценка эффективности бизнес-стратегий;
- проведение маркетинговых исследований;
- организация участия представителей регионального кластера во всероссийских выставках;
- разработка стандартов качества для новой продукции;
- продвижение продуктов на российском и зарубежном рынке и др.

интернет-торговле и производстве композитных материалов. Биомедицина в Кузбассе была красивой альтернативой сырьевым отраслям. Мы тогда решили, что нужно специализироваться на развитии высокотехнологичной медицинской помощи в кардиохирургии. Тем более что и реальный продукт, с которым можно было выходить на рынок, уже был: биопротезы сосудов и клапанов сердца.

Сейчас мы думаем, что ограничиваться только этим направлением не совсем правильно. Хотя именно в данной сфере накоплен

наибольший потенциал. Как варианты расширения программы рассматриваются тканевая инженерия, молекулярная медицина, производство медоборудования, фармакология, профилактика, диагностика и лечение онкозаболеваний... Возможны другие специализации».

По информации, которую удалось собрать сотрудникам Центра кластерного развития, в Кемеровской области зарегистрировано более четырёх десятков предприятий малого и среднего бизнеса, деятельность которых так или иначе связана с биоме-

дициной. Сегодня центр занят подробным мониторингом этого сектора. Специалисты выясняют, какие из предприятий в настоящее время числятся лишь на бумаге и чего реально достигли те, кто удержался на плаву. И приглашают их в кластер.

Пока что интерес к новой организационной форме работы проявили десятка полтора предприятий. Первое рабочее совещание биомедицинского кластера ставило конкретную задачу: разъяснить предпринимателям, на какую поддержку они могут

рассчитывать. А также обсудить схему их взаимодействия и сформировать из инициативных людей совет кластера.

На развитие биомедицинского кластера Кузбасса до конца года из федерального и регионального бюджетов выделено около 10 млн руб. Если первый год будет отработан успешно, дальнейшее финансирование может быть увеличено.

Валентина АКИМОВА,
соб. корр. «МГ».

Кемерово.

ИЗ ПЕРВЫХ УСТ

Светлана МЯКИШЕВА, директор малого инновационного предприятия:

– Одним из направлений работы биомедицинского кластера названа профилактика онкозаболеваний. А наше предприятие как раз этим и занимается. В частности, мы изучаем содержание радона в жилых, производственных и общественных помещениях, оцениваем его влияние на наследственность человека и разрабатываем конкретные мероприятия по снижению вреда. Ведь одна из причин развития рака – воздействие ионизирующего излучения, а его источником как раз и является радон. В регионах, где добывают уголь, особенно открытым способом, содержание радона повышено. Участие в кластере для нас – это возможность ещё более популяризировать свою деятельность.

Периодически родители пациентов обвиняют врачей, дескать, недоглядели, вовремя не выявили патологию, запустили ребёнка и т.д. Но педиатр ли виноват в том, что, скажем, мама обратилась к специалисту только тогда, когда у ребёнка начались обмороки? Или в том, что ребёнок погиб в автоаварии, так как не было детского кресла? Люди обычно любят обсуждать тему ответственности государства, общества, медицинских работников, забывая, что в первую очередь за здоровье и благополучие детей ответственны родители!

От врачей не зависит

Педиатры бьют тревогу: детское население нашей страны продолжает убывать. Его процент в общей популяции катастрофически уменьшается: ранее составлял примерно четверть, сегодня – менее 18,5%. Особенно сократилось количество старших подростков, то есть тех, кто завтра начнёт работать, защищать Родину, рожать детей и т.д. Их всего 3 с небольшим миллиона.

Если за последние годы в стране достигнуты очень хорошие результаты по снижению младенческой смертности (и в этом заслуга государственной системы здравоохранения), то со снижением подростковой смертности дела обстоят гораздо хуже. Прежде всего потому, что основными её причинами являются так называемые внешние причины – убийства, самоубийства, травмы, отравления и т.д. К сожалению, Россия по этому показателю держит устойчивое первое место в Европе. Наши подростки чаще, чем их сверстники в других странах предпринимают суицидальные попытки, нелепо гибнут на дорогах. И это не может не настораживать.

Да и в структуре младенческой смертности, несмотря на значительное снижение потерь от инфекционных болезней, других проблем перинатального периода, показатель смертности от внешних причин остаётся на одном месте. Даже младенцы в нашем государстве продолжают погибать, как считают педиатры, из-за совершенно безответственного поведения собственных родителей.

По мнению детских докторов, родителям иногда в голову не приходит, насколько внимательно следует относиться к своему ребёнку. Нередко бывает, мама посадила малыша в ванну купаться, а сама отправилась на кухню готовить кашу. Возвращается, а он утонул. А сколько нелепых трагических случаев происходит на детских площадках!

– Мама не должна сидеть на скамейке и разговаривать с подругами, пока ребёнок на горке, – считают педиатры. – Какая бы горка невысокая не была, она всё же может представлять опасность.

По словам академика РАН Александра Румянцева, который долгое время был главным педиатром Департамента здравоохранения Москвы, гибель от внешних причин на первом году жизни детей достигает 7%. На втором году – 20%. И далее, начиная со второго года жизни и до 18 лет, цифра неуклонно растёт, достигая 75%.

Однако справедливости ради надо сказать, что в целом подростковая смертность в России начала снижаться, причём среди старших подростков снижение более выраженное, чем среди младших. Это объясняется ослаблением внимания к детям по мере их роста. Обычно к 10 годам градус заботы родителей уменьшается. Педиатры отмечают, что, как правило, семья обеспокоена здоровьем новорождённого и эта озабоченность сохраняется

до 3 лет. Потом ребёнок идёт в детский сад, и уровень заботы немного снижается. С поступлением в школу – опускается ещё на одну ступеньку. Родителям кажется, что ребёнок уже почти взрослый. А потому немалое количество детей с 10 лет предоставлено самим себе, самостоятельно переходят дорогу, ездят на метро, автобусе.

– Мне порой становится страшно за них, – признаётся директор НИИ профилактической педиатрии и восстановительного лечения НЦЗД член-корреспондент РАН Лейла Намазова-Баранова, – особенно, когда вижу их с

– Это – великое достижение, позволившее охватить заботой подростков старше 14 лет, – считает А.Румянцев.

Педиатров стали волновать вопросы детской психологии, психиатрии, наркологии, гинекологии, урологии-андрологии (выяснилось, что треть девочек-подростков и не меньше трети мальчиков-подростков имеют проблемы с репродуктивным здоровьем). По словам А.Румянцев, когда стали заниматься девочками старше 14 лет, узнали, например, в каком возрасте они начинают половую жизнь. А располагая информаци-

хороший базис для будущей жизни. Поэтому мы должны быть особенно активны в отношении этого сложного периода, который требует нашего участия, – считает Л.Намазова-Баранова. – Именно потому я говорю о необходимости укрепления межведомственного взаимодействия, повышения ответственности и государства, и общества, и медицинских работников, и, конечно, родителей. Мы со своей стороны ищем новые формы организации медицинской помощи подросткам, понимаем, что она должна трансформироваться, отвечать времени.

XX века, когда они вводились, это было очень логично: нужно было изолировать инфекционного больного (а тогда инфекции свирепствовали), чтобы не дать распространиться эпидемии. Задача очень быстро оказалась решённой. В предвоенные и военные годы уже практически не отмечалось серьёзных эпидемий инфекционных болезней среди детского населения. В этом заслуга и педиатрической службы.

– Но сейчас визиты на дом в какой-то степени уже сдерживают развитие амбулаторной педиатрии и даже снижают качество медицинской помощи, – считает

Острая тема

Ответственность и безответственность

Как их разделить между врачом и пациентом?

наушниками в ушах, и никто из взрослых не сопровождает.

К 10 годам и у детей появляется ощущение, что они взрослые, всё могут. Тут и случаются трагедии. Самым сложным в предотвращении внешних потерь является то, что это не медицинские вопросы, а вопросы культуры населения, воспитания и т.д.

– В наши детские годы мы всё дневное время проводили в школе, – вспоминает А.Румянцев. – Я утром шёл в школу и вечером возвращался из неё. Пел, танцевал, аккомпанировал хору, был старостой химического кружка... Более того, в субботу-воскресенье проводились какие-то дополнительные мероприятия: спартакиады, игры, конкурсы, то есть детей занимали. У нас не было ни минуты свободной, вечером еле доползали до кровати. Школа для детей – это производство, работа. Пока ребёнок «работает», за него отвечают педагоги. Как только из неё ушёл – родители. Что происходит сейчас? Внеклассной работы в школе практически нет, спортивных секций – тоже. Родители имеют два выходных дня, но детьми не занимаются, продолжают считать, что, как в советские времена, общество отвечает за ребёнка. Между тем в Конституции Российской Федерации написано, что за ребёнка отвечает семья, а не общество. Поэтому становится понятно, что надо менять ментальность родителей. Всё зависит от них: физическое состояние детей, питание, одежда, культура, поведение и т.д. И нам, педиатрам, следует напоминать родителям об этом.

Чтобы привлечь внимание мам и пап к столь важной теме, Союз педиатров России подготовил и выпустил необычную книгу «Права ребёнка в сказках народов мира».

– Когда родители будут читать сказки вместе с детьми, они будут и сами образовываться, – высказала соображения Л.Намазова-Баранова. – Более того, мы очень надеемся, что, прочитав такие сказки в детстве, эти дети, в свою очередь, став родителями, сформируют новую когорту совершенно других граждан России, которые будут ответственнее относиться к собственным детям.

Продлить детский возраст

В своё время Союз педиатров России добился продления детского возраста до 18 лет.



Безнадзорное детство

ей, рекомендовали прививки для профилактики половых инфекций и т.д.

Если ребёнок пришёл один к врачу, доктор может поинтересоваться, а где его родители. Очень важно, чтобы врач обучил маму лечебным и профилактическим действиям и мама ему поверила. Если у врача нет взаимодействия с семьёй, успеха не будет.

Следующий этап, к которому стремится педиатрическое сообщество, – добиться, чтобы ребёнком считалось лицо до 21 года, как в европейских странах. Это позволит оградить подростков от раннего приобщения к взрослой жизни с её негативными факторами – табакокурением, употреблением алкоголя и т.д.

Не секрет, что в нашей стране немало молодых людей умирает от болезней сердечно-сосудистой системы, от ранних инфарктов, инсультов. Их можно было бы спрогнозировать, если всем подросткам проводить специальное исследование, которое позволит увидеть, что уже у 11-12-летних детей-курильщиков изменяется эластичность сосудов. С такого юного возраста они становятся потенциальными претендентами на ранний уход из жизни. Возможно, вскоре такое исследование будет внедрено в повседневную практику. Государство сделает и этот шаг.

– Подростковый возраст следует рассматривать как возраст, когда ещё можно создать

На дом? Нет, в поликлинику

Нередко у детей и их родителей возникают проблемы, когда хотелось бы срочно задать вопрос педиатру по телефону или по электронной почте, посоветоваться, проконсультироваться. Должна ли быть такая связь?

– Мы считаем, что да, – говорит Л.Намазова-Баранова. – Более того, в результате научных исследований доказано, что чем активнее идёт кооперация врача и пациента, в том числе с использованием удалённых доступов (а мы живём в век электронных гаджетов, следовательно, организовать это несложно), тем быстрее можно отреагировать на какие-то ситуации. Сейчас в НЦЗД реализуется пилотный проект с вовлечением в него подростков, страдающих рядом заболеваний. Они ежедневно в режиме онлайн передают своему лечащему врачу данные о здоровье, на основании которых доктор даёт им очередные советы на день.

Думается, удалённое, но постоянное общение врачей с подростками-пациентами можно расценивать как необходимую составляющую современной педиатрической практики.

А вот другое предложение представителей педиатрического сообщества – об отмене визитов на дом – небесспорно.

По мнению педиатров, такая организационная форма, как походы на дом по вызову, должна остаться в прошлом. На заре

Л.Намазова-Баранова. – С чем педиатр приходит к пациенту? С фонендоскопом и некими своими знаниями. У него нет ни экспресс-тестов, ни каких-то девайсов, которые бы позволили срочно передать информацию. На мой взгляд, целесообразнее сделать, как во всём мире: больного привезти в поликлинику, где есть, например, кабинет неотложной педиатрии, быстро сдать все анализы, убедиться в том, что у него, допустим, вирусная инфекция, а не бактериальная, и вернуть домой, чтобы он там лечился. В противном случае педиатр (зачастую преклонного возраста – их ещё называют «бабушка по вызову»), приходя на дом, видя ребёнка с лихорадкой и не имея возможности провести тест на бактериальную инфекцию, перестраховывается, назначает антибиотики. И это в эпоху, когда необходима тотальная борьба с необоснованным назначением антибактериальных препаратов.

Словом, система визитов на дом давно устарела, утверждает Л.Намазова-Баранова. Ещё одним аргументом в пользу отказа от неё следует считать нерациональное использование труда педиатра, излишнюю его эксплуатацию, когда количество вызовов в день зашкаливает.

– Нередко встречаются безответственные родители, которым просто лень идти в поликлинику, – говорит Л.Намазова-Баранова. – Маме легче набрать номер телефона и сказать, что у ребёнка температура 40°C. Придя на вызов, доктор видит, что всё совсем не так тяжело, как было описано по телефону. Врач не имеет инструмента наказания таких родителей, у него нет возможности зафиксировать это и применить некие санкции.

– Понятно, что и врачи небезгрешны, – продолжает профессор, – случаются ошибки. Не все следуют современным протоколам ведения пациентов, хотя работа по повышению уровня знаний детских врачей постоянно ведётся. Но и родители должны нести ответственность за свои поступки, за здоровье и благополучие своих детей.

Валентина ЕВЛАНОВА,
корр. «МГ».

Фото Юрия ЛУНЬКОВА.

ОТ РЕДАКЦИИ. Приглашаем наших читателей к разговору на затронутую тему.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 63 (1830)

В настоящее время в профессиональной патологии, изучающей заболевания сердечно-сосудистой системы, обусловленные воздействием вредных производственных факторов, могут рассматриваться как «профессиональные» заболевания или как «производственно-обусловленные» (см. табл.) При этом профессиональным считается только такое заболевание, в возникновении которого вредный производственный фактор является основной (как правило, единственной) этиологической причиной заболевания. При производственно-обусловленном поражении фактор производственной среды анализируется.

Десинхроноз. С ночными сменами в развитых странах трудятся порядка 20% работающего населения. В подавляющем большинстве случаев это работа, при которой ночные смены чередуются с дневными (у части – ещё с утренними и вечерними). Есть и работы, протекающие исключительно в ночные смены.

Ночные смены, чередующиеся с дневными, являются правилом в отраслях с непрерывным циклом производственного процесса: железнодорожный и авиационный транспорт, металлургия, хлебопекарная промышленность, пожарная охрана, медицина (некоторые врачебные, фармацевтические, сестринские и младшего персонала работы) и ряд других. Официально ночной считается смена 22-6 часов. Близкие варианты 23-7 и 24-8 часов. К ночной причисляется смена, если в неё попадает 50 и более процентов рабочего времени. Некоторые предприятия вводят своё понимание ночной смены. Например, метрополитен ночной считает смену, начинающуюся в 16-18 часов и оканчивающуюся в 24 и 2 часа; затем ночной отдых, утром работа с 5-6 часов до 8:30 и 9:30. На железной дороге ночной считается смена, если часть её попадает в интервал 1-5 часов. Наиболее неблагоприятной для здоровья считается работа со скользящим графиком, при котором дневные и утренние смены перемежаются с ночными.

В последнее время особое внимание уделяется десинхронозу, связанному с ночными сменами, работой вахтовым методом, как выраженному прогипертензивному фактору. Доказано, что распространённость артериальной гипертензии ещё более возрастает, если данная работа требует быстрого темпа и идёт с переработками, ночными сменами (эти факторы и сами по себе имеют прогипертензическую направленность). Так Г.Зиненко и соавт. установили у специалистов геологической отрасли, работающих экспедиционно-вахтовым методом, сравнительно более высокий риск смерти от артериальной гипертонии, в то время как распространённость артериальной гипертензии у них не была повышена. Сходные данные получены и А.Трубецковым при исследовании показателей здоровья у работников, работающих вахтовым методом в условиях Западной Сибири.

Прогипертензивное действие шума находится в прямой зависимости от интенсивности, частоты и продолжительности его воздействия. Прогипертензивным действием обладает прежде всего производственный шум, в том числе связанный с движением транспорта. Изменения системы кровообращения при воздействии интенсивного производственного шума характеризуются развитием нейроциркуляторного синдрома, протекающего с гипертензивными реакциями и тенденцией к переходу в артериальную гипертензию, которая, как правило, характеризуется доброкачественным течением с медленным прогрессированием. Одно время выделялась такая нозологическая форма, как «шумовая болезнь», в которую наряду со снижением слуха, поражением центральной нервной системы и некоторыми другими синдромами входили и изменения со стороны сердечно-сосудистой системы, в том числе синдром артериальной гипертензии.

Вибрация – также является известным прогипертензивным фактором. Ещё основатель кафедры профессиональных болезней и клинической фармакологии Самарского государственного медицинского института профессор В.Данилин (1979) указывал на повышенный риск развития артериальной гипертензии и атеросклероза у работников виброопасных профессий. При этом наибольшее значение как прогипертензивному фактору он придавал высокочастотной вибрации. Доказано повышение уровня артериального давления

при вибрационной болезни от воздействия локальной и общей вибрации, а также наклонность к повышению артериального давления у лиц виброопасных профессий.

Н.Васицкая отмечает, что у работающих в контакте с шумом и вибрацией меняется состояние внутрисердечной и центральной гемодинамики, а именно формируется гиперкинетический вариант центральной гемодинамики. Достоверно увеличиваются конечный диастолический объём, конечный диастолический размер полости левого желудочка, что является причиной значительного увеличения ударного объёма и фракции выброса.

Профессиональные поражения
сердечно-сосудистой системы

Профессиональные и производственно-обусловленные заболевания сердечно-сосудистой системы

Заболевание	Вредные производственные факторы
Артериальная гипертензия	Хронический производственный стресс: – государственные служащие, управленцы (менеджеры) государственных и частных предприятий – научные работники, преподаватели высшей школы, медицинские работники, юристы – операторы, диспетчеры – работники конвейерных производств – водители автотранспортных средств, машинисты локомотивов, пилоты государственной и гражданской авиации Десинхроноз: – работники, обслуживающие непрерывные производственные процессы – работающие вахтовым или сменным способом Воздействие производственных факторов физической природы: производственный шум, локальная и общая вибрация, нагревающий и охлаждающий производственный микроклимат, высокое атмосферное давление, электромагнитные поля сверхвысоких частот, радиационное воздействие Воздействие производственных факторов химической природы: свинца, ртути, кадмия, мышьяка, винилхлорида, сероуглерода, окиси углерода, хлорорганических соединений, таллия
Ишемическая болезнь сердца	Воздействие локальной и общей вибрации, производственного шума, электромагнитных полей ультранизкого диапазона. Свинец, ртуть, мышьяк, никель, стирол, сероуглерод, окись углерода, сероводород, хлористый метилен, нитриты, цианиды, никотин, сажа
Аритмии	Фтористый углерод, фреон, ди- и трихлорэтилен, свинец, барий, кадмий, кобальт, марганец, никель, бензол, толуол, ксилол, сурьма, мышьяк, карбаматы, сероуглерод, окись углерода, цианиды, нитриты
Кардиомиопатии	Кобальт, бериллий, сурьма, кадмий, мышьяк, окись углерода, хлористый метилен
Заболевания периферических сосудов – эндартериит – атеросклероз – синдром Рейно (периферический ангиодистонический синдром) – варикозное расширение вен нижних конечностей	Холодовое воздействие Сероуглерод, свинец, сажа Воздействие локальной или общей вибрации, холодовое воздействие, винилхлорид, мышьяк, нитриты, трихлорэтилен Длительное стояние на ногах в условиях неподвижности, перенос тяжестей
«Сердце спортсмена», «маршевое» сердце или «солдатское» сердце	Общие физические перегрузки Значительные перегрузки при недостаточно тренированном сердце
Острое лёгочное сердце Подострое лёгочное сердце Хроническое лёгочное сердце	Тромбозмобилиа лёгочной артерии на фоне флелотромбоза или тромбозфлебита варикозно расширенных вен. Острый токсический трахео-бронхо-бронхиолит Пневмококциозы (в том числе силикоз), хронический пылевой бронхит, хронический токсический бронхит, токсический пневмосклероз, хроническая обструктивная болезнь лёгких профессионального генеза, профессиональная бронхиальная астма и др.

Н.Карханиным доказано, что у больных вибрационной болезнью от воздействия локальной вибрации наблюдаются изменения центральной гемодинамики и сократительной способности миокарда, в частности, отмечается достоверное увеличение конечного диастолического размера, конечного диастолического объёма, что обуславливает значительное увеличение ударного объёма сердца, значимо повышаются минутный объём сердца и среднее гемодинамическое давление. Автором доказано, что ремоделирование

сердца у больных вибрационной болезнью от воздействия локальной вибрации предшествует развитию клинических проявлений артериальной гипертензии и должно рассматриваться как компенсаторно-приспособительная реакция организма человека в условиях стрессового воздействия локальной вибрации, шума, статических и динамических нагрузок и вынужденного положения тела.

Воздействие неблагоприятного производственного микроклимата также является фактором, способствующим развитию артериальной гипертензии.

В условиях **нагревающего микроклимата** (а также высокой влажности) оказывает прогипертензивный эффект, особенно в отношении систолического давления. К числу таких производств с нагревающим микроклиматом относятся: горячие цеха цветной и чёрной металлургии, машиностроительной, химической и текстильной промышленности, стекольных и сахарных заводов, добыча угля и руды в глубоких шахтах. Температура воздуха в горячих цехах может достигать 33-40°C, а в

ются на фоне изменений нервной системы, особенно её высших вегетативных отделов. При этом у одних больных могут длительно наблюдаться только лёгкие астенические явления с синусовой брадикардией и артериальной гипотензией без признаков общих и регионарных расстройств гемодинамики. У других развивается вегетативно-сосудистая дисфункция гипертонического типа, нередко сопровождающаяся кризовыми состояниями, протекающими по типу дизэнцефальных с ангиоспастическими реакциями, которые в ряде случаев приводят к нарушению коронарного и мозгового кровообращения.

Радиационному облучению в основном свойственна гипотензивная направленность, в частности, если судить по клинике лучевой болезни различных стадий. Симптоматическая артериальная гипертония развивается у лиц с радиационным нефритом, который может возникнуть и при неблагоприятных условиях работы с ионизирующим излучением. Течение острое и хроническое, более лёгкое и весьма тяжёлое, напоминающее течение

Профессиональные поражения
сердечно-сосудистой системы

экстракапиллярного нефрита. Возникшая до ионизирующего облучения артериальная гипертензия при лучевой болезни ухудшает своё течение.

Физическая нагрузка является фактором, предрасполагающим к развитию синдрома Da Costa, также называемого синдромом усилия или напряжения, синдромом «солдатского сердца». Первое клиническое описание данного синдрома принадлежит Да Коста (1842), который наблюдал нарушения дыхания и связанные с ними различные неприятные ощущения в области сердца, назвав их «солдатское сердце», «раздражённое сердце». Подчёркивалась связь патологических симптомов с физической нагрузкой, отсюда ещё один термин – «синдром усилия». В 1918 г. Левис предложил другое название – «нейроциркуляторная дистония», которым до сих пор широко пользуются терапевты.

Также возможно развитие артериальных гипертензий, связанных с воздействием **вредных производственных факторов химической природы**.

Симптоматическую артериальную гипертонию вызывает ряд химических факторов, из которых наиболее чётко в данном отношении действует **свинец**. Важнейшими производственными и процессами, где могут наблюдаться свинцовые интоксикации, являются: добыча свинцовых руд, выплавка свинца, производство свинцовых белил, глэта, сурика, свинцового порошка, аккумуляторное производство, плавка бабита и заливка им подшипников, свинцовая пайка водородным пламенем, кабельное производство, полиграфическое производство; производство дробы, пуль и других изделий из свинца, применение свинцовых матриц в авиационной промышленности, малярные работы с применением свинцовых красок, гончарное производство, где может иметь место применение эмали и глазури, содержащих соединения свинца. Свинец поражает почки, и потому данная артериальная гипертензия является, в том числе, и нефрогенной. Последнее – в связи с тем, что имеют место и другие параллельно существующие механизмы повышения давления, в том числе повышение тонуса резистивных сосудов (минуя ренальный механизм).

Также прогипертензивным действием обладает **кадмий**, который содержится в мазуте и дизельном топливе (освобождается при его сжигании), используемый в качестве присадки к сплавам, при нанесении гальванических покрытий (кадмирование неблагоприятных металлов), для получения кадмиевых пигментов, нужных при производстве лаков, эмалей и керамики, в качестве стабилизаторов для пластмасс (например, поливинилхлорида), в электрических батареях и т.д.

При хронической интоксикации **метилловым эфиром метакриловой кислоты (метилметакрилатом)** в основе сердечно-сосудистых нарушений, характеризующихся нейроциркуляторной дистонией с гипертензивными реакциями и дистрофией миокарда, лежит активация симпатического отдела вегетативной нервной системы.

Прогипертензивным действием обладает также **окись углерода**, которая может образоваться везде, где создаются условия для неполного сгорания углеродсодержащих веществ. Отравления окисью углерода возможны в котельных, газогенераторных, доменных, мартеновских и литейных цехах;

при испытании моторов; значительное выделение окиси углерода возможно и при артиллерийской, миномётной и пулемётной стрельбе; повышенное содержание окиси углерода может наблюдаться в воздухе некоторых цехов керамической, кирпичной, цементной, строительной промышленности, в машинных отделениях тепловозов, в кабинах самолётов; в химической промышленности при синтезе ряда веществ (ацетон, фосген, метиловый спирт), исходным материалом для которых служит окись углерода. Тяжесть острой интоксикации в основном параллельна содержанию карбоксигемоглобина в крови. С первых же часов острой интоксикации возникают выраженные изменения в системе кровообращения и дыхания. В начале функциональные нарушения – тахикардия, лабильность пульса, экстрасистолия, может наблюдаться и коронарная недостаточность. При отравлениях средней и тяжёлой степени – токсическое поражение миокарда (в результате как гипоксии, так и непосредственного действия окиси углерода на сердечную мышцу) с явлениями сердечно-сосудистой недостаточности.

Сероводород также обладает прогипертензивным действием. Сероводород образуется и выделяется при гниении органических веществ, разложении горных пород и минералов, содержащих сульфидные соединения (колчеданы и др.); в шахтах и выработках при взрывных работах, как побочный продукт на газовых и коксовых заводах, когда уголь богат серой, в сланцеперегонной промышленности. В производственных условиях выделения сероводорода возможны при добыче и переработке многосернистых нефтей; при гниении органических веществ, содержащих серу; в химических лабораториях; при приготовлении сернистых красителей; на кожевенных заводах; в производстве вискозного волокна (искусственного шёлка), спичек. При тяжёлом отравлении – рвота, цианоз, нарушение сердечно-сосудистой деятельности и дыхания. В дальнейшем может наступить коматозное состояние со смертельным исходом.

Продолжительное воздействие на организм работающего **сероуглерода** может вызывать артериальную гипертонию через такие механизмы, как нефропатия или атеросклероз. Сeroуглерод применяется в основном в производстве вискозных волокон в химической промышленности в качестве растворителя фосфора, жиров, резины; при изготовлении оптического стекла и водоупорных клеев, в сельском хозяйстве – в качестве инсектицида. При интоксикации сероуглеродом расстройства системы кровообращения характеризуются большой неустойчивостью показателей артериального давления с наклонностью к гипо- или чаще гипертензивным реакциям, повышением тонуса аорты и периферических артерий. Изменения сердца носят преимущественно диффузно-дистрофический характер с небольшим снижением его сократительной функции. Расстройства сердечно-сосудистой системы при этой интоксикации, как правило, являются стойкими. Нередко имеют склонность к прогрессированию и развитию артериальной гипертензии.

Возможно развитие так называемого анемического сердца при интоксикации **бензолом**, который находит широкое применение в различных отраслях промышленности: резиновой, химической, фармацевтической, полиграфической, в качестве исходного сырья для изготовления красок, взрывчатых, лекарственных веществ. При наличии выраженной анемии при интоксикации бензолом могут появляться признаки сердечной недостаточности, характеризующейся увеличением минутного объёма крови (анемическое сердце), а в случаях предшествующей сердечной недостаточности последняя на фоне развития анемии может усугубляться, становиться рефрактерной к лечению.

При так называемой «литейной лихорадке», развивающейся при воздействии паров таких металлов, как цинк, медь, никель, теллур, сурьма, и протекающей по типу неспецифического аллергического синдрома, возможны токсико-аллергические поражения миокарда, подъём артериального давления.

При воздействии **кобальта** и его соединений возможно развитие кобальтовых кардиомиопатий, клиническая картина которых характеризуется острой или подостро развивающейся недостаточностью кровообращения. Больные жалуются на одышку, слабость, тошноту, боли в животе. Объективно отмечается кардиомегалия, гепатомегалия, тахикардия, выпот в полость перикарда, часто наблюдаются ритм галопа, выбухание шейных вен и периферические отёки.

Частые и продолжительные воздействия высоких концентраций **винилхлорида** могут привести к формированию уже на протяжении первых лет и даже месяцев склеродермоподобного синдрома, получившего название «винилхлоридная болезнь». Как и для системной склеродермии для неё характерно развитие синдрома Рейно, протекающего с

акроспастическими реакциями и акроостеоллизом концевых фаланг пальцев рук.

Хроническое лёгочное сердце. Особое место в клинике профессиональных заболеваний занимают нарушения сердечно-сосудистой системы, возникающие в связи с поражением бронхолёгочного аппарата и сопровождающиеся развитием хронического лёгочно-сердечного синдрома или хронического лёгочного сердца. Вентиляционные нарушения при профессиональных заболеваниях лёгких (пневмокониозах, хроническом плевом бронхите, хроническом токсическом бронхите, хронической обструктивной болезни лёгких профессионального генеза, профессиональной бронхиальной астме и др.) ведут к нарушению лёгочного газообмена, в результате чего развивается альвеолярная гипоксия, которая рефлекторно, по механизму Эйлера – Лильебранда, вызывает вазоконстрикцию лёгочных артерий, а затем и функциональную гипертензию в системе лёгочной артерии.

Прогрессирующая гипертензия малого круга кровообращения приводит к компенсаторной гипертрофии правого желудочка, а по мере прогрессирования процесса в лёгких – и к развитию его миогенной дилатации, нарушению сократительной способности миокарда правого желудочка, развитию симптомокомплекса хронического лёгочного сердца. Причинами снижения сократительной способности миокарда правого желудочка, наряду с гипертензией малого круга кровообращения, могут служить гипоксия и токсическое воздействие двуокиси кремния. Снижение контрактильной способности левого желудочка определяется как гипоксией и токсическим воздействием двуокиси кремния (в этом отношении оба желудочка находятся в одинаковых условиях), так и ухудшении условий функционирования левого желудочка вследствие дилатации правого желудочка.

Поражения периферических сосудов. В развитии ангионеврозов конечностей непосредственное влияние могут оказывать вибрация, сотрясение и систематическое переохлаждение.

Сосудистые нарушения при вибрационной болезни по всей видимости, связаны с прямым повреждающим действием вибрации на эндотелий сосудов и с развитием сложных регуляторных расстройств с одновременным или последовательным формированием нейрогормональных и рефлекторных нарушений, приводящих к изменению микроциркуляции и транскапиллярного обмена с прогрессированием тканевой гипоксии. В результате нарушения микроциркуляции и тканевого метаболизма в дальнейшем развиваются изменения дистрофического характера. При осмотре больного обращают внимание на цвет кожных покровов кистей, движения в пальцах, кистях и вообще конечностях. Проводят холодовую пробу (кисти рук погружают в воду (температура воды 8–10°C) на 5 минут, при появлении побеления пальцев холодовая проба считается положительной).

При проведении оценки состояния тонуса капилляров при вибрационной болезни методом капилляроскопии следует обращать внимание на окраску фона (бледный, розовый, красный, цианотичный, мутный), число видимых капилляров, ширину их просвета, форму, длину и ширину капиллярных петель, характер тока крови, ранимость капиллярной стенки (наиболее характерны для вибрационной болезни спастическое и спастико-атоническое состояние капилляров). При вибрационной болезни применение дистанционной термографии позволяет верифицировать наличие ангиоспастического и ангиодистонического синдромов. При вибрационной болезни возможно значительное снижение свечения дистальных отделов конечности, вплоть до полной «термоампутации» одного или нескольких пальцев.

Ангионеврозы конечностей могут развиваться при работе в условиях систематического переохлаждения, воздействия охлаждающего микроклимата, который представляет собой сочетание параметров, при котором имеет место превышение суммарной теплоотдачи в окружающую среду над величиной теплопродукции организма, приводящее к образованию общего и/или локального дефицита тепла в теле человека (> 2 Вт).

В качестве примера можно привести строителей, работающих при температуре от 0 до -12°C и скорости движения воздуха 1-5 м/с, или трактористов, когда в кабинах трактора, не имеющих обогревательных устройств, температура воздуха около 8°C, а температура пола и потолка кабины около 11°C. В условиях охлаждающего микроклимата находится большое количество людей, занятых наружными работами или работами на открытом воздухе в холодный период времени (зимой, ранней весной, поздней осенью). Это нефтяники, газовики, строители зданий, мостов, железных дорог, туннелей, лесозаготовители, сельскохозяйственные рабочие, работники горнорудных и угольных

карьер. В похожих условиях оказываются в холодное время года и рабочие в неотапливаемых помещениях элеваторов, складов, некоторых цехах судостроительных заводов.

Особо неблагоприятными условиями характеризуются работы, выполняемые на хладокомбинатах. Рабочим при выполнении своих профессиональных обязанностей приходится находиться в различных холодильных камерах (при укладке пищевых продуктов, их сортировке, выдаче), имеющих температуру от +3 до -30°C на протяжении 60-75% рабочей смены. Особенностью микроклимата в холодильных камерах является то, что низкие температуры воздуха сочетаются с его высокой относительной влажностью (80-95%) при малой подвижности. Воздействию охлаждающего микроклимата, общему переохлаждению организма, воздействию низких температур в производственных условиях могут подвергаться также сплавщики леса и рыбаки.

В патогенезе развития холодового нейроваскулита основное значение придают нарушению периферического кровообращения в результате рефлекторного спазма капилляров и артериол, а также нарушению питания тканей вследствие поражения нервно-трофического аппарата. Холодовые нейроваскулиты в одинаковой мере возникают как в верхних, так и нижних конечностях. Однако особенности сосудистого русла нижних конечностей, в частности слабое развитие коллатерального кровообращения, в большей степени способствует возникновению спазмов магистральных сосудов ног, что приводит к образованию пристеночных тромбов именно в сосудах нижних конечностей.

При длительном хроническом воздействии холода и влаги ангионевроз может медленно прогрессировать, в отдельных случаях может сопровождаться выраженными ишемическими расстройствами, протекающими по типу облитерирующего эндартериита. Вследствие развития частичной непроходимости периферических сосудов у больных с облитерирующим эндартериитом наблюдаются признаки перемежающейся хромоты, слабость в конечностях, выраженные боли в мышцах голени при ходьбе, акроцианоз стоп, отсутствие пульсации сосудов на стопах, трофические нарушения в виде сухости кожи, шелушения; в далеко зашедших случаях возникают язвы на стопах и голени.

Возможно развитие так называемой «траншейной стопы» («стопы шахтёра») – отморожения стоп, возникающие под влиянием умеренного, но непрерывного и длительного действия влажного холода. «Траншейная стопа» в мирное время встречается редко, в основном она характерна для позиционной войны (а также работы в обводнённых траншеях), когда в результате длительного пребывания солдат (рабочих) в траншеях в условиях пониженной температуры окружающей среды сырая обувь, увеличивая теплопроводность кожных покровов, способствует выравниванию внешних и тканевых температур, и следовательно, развитию местной гипотермии. Заболевание начинается с расстройств осязательной, термической и болевой чувствительности, которые проявляются сначала на внутренней и подошвенной поверхности больших пальцев стоп, а затем распространяются на всю стопу. Присоединяются отёки, не исчезающие после согревания. После многократных повторных охлаждений и согреваний вследствие нейрорегуляторных нарушений может развиться влажная гангрена. Для «траншейной стопы» характерны локализация и тяжесть поражения. Это исключительно отморожение четвёртой степени стоп, их полное или почти полное омертвление. Скрытый период выражен нечётливо и продолжается обычно 4-5 дней. Значительная тяжесть повреждения определяется утратой чувствительности в участках отморожения, в результате чего пострадавшие не в состоянии адекватно оценить тяжесть поражения стоп.

Хроническая венозная недостаточность нижних конечностей – одно из самых распространённых заболеваний человека, поражающее до четверти населения развитых стран и в 20-25% случаев приводящее к необратимым изменениям и инвалидности.

Принято считать, что варикозное расширение вен нижних конечностей – полиэтиологическое заболевание. Среди профессиональных факторов, влияющих на его развитие, имеют значение физическое перенапряжение, длительная статическая нагрузка у лиц, выполняющих работу стоя, например хирурги. В патогенезе варикозного расширения вен главная роль принадлежит нарушению так называемой мышечно-венозной помпы. При хронических нарушениях венозного оттока в конечностях развиваются значительные нарушения венозной гемодинамики и периферического кровообращения, приводящие к глубоким нарушениям обмена веществ в тканях и в итоге – к стойким воспалительным и трофическим изменениям в них, тромбозам и его последствиям.

В действовавший до 2012 г. Список про-

фессиональных заболеваний, утверждённый приказом Минздравмедпрома России № 90 от 14.03.1996 «О порядке проведения предварительных и периодических медицинских осмотров и медицинских регламентах допуска к профессии» данное заболевание входило в формулировке «выраженное варикозное расширение вен на ногах, осложнённое воспалительными (тромбофлебит) или трофическими расстройствами», возникающее при длительном пребывании в вынужденной рабочей позе стоя, характерно для работ, связанных с длительным статическим напряжением, стоянием, систематической переноской грузов. В действующий ныне Перечень профессиональных заболеваний, утверждённый приказом № 417н от 27.04.2012 Минздравсоцразвития России «Об утверждении перечня профессиональных заболеваний» данное заболевание не входит, но наш научный опыт, клинические наблюдения, данные литературы свидетельствуют о причинно-следственной связи данного заболевания с длительным пребыванием в вынужденной рабочей позе стоя, с длительным статическим напряжением, стоянием, и мы надеемся на внесение соответствующих поправок и дополнений в приказ № 417н (пересмотр приказа), что позволит, как и прежде, трактовать выраженное варикозное расширение вен на ногах как профессиональное заболевание.

Ультразвуковые методы диагностики и лечения различных заболеваний широко применяются в медицине. Ультразвуковые терапевтические приборы используются для лечения заболеваний нервной системы, опорно-двигательного аппарата, а также в хирургии, гинекологии, дерматологии и других отраслях медицины. Ультразвуковая диагностика используется в кардиологии, гастроэнтерологии, урологии и пр. Физической основой ультразвука являются колебания от 18 до 1000 кГц, неслышимые человеческим ухом. Действие на организм ультразвука зависит от его интенсивности (уровня звукового давления): ультразвук мощностью от 1,5 до 3 Вт/см² вызывает функциональные изменения со стороны нервной, эндокринной, сердечно-сосудистой систем, а мощностью 3-10 Вт/см² – необратимые морфофункциональные. Наиболее типичным для патологического действия ультразвука является развитие периферических вегетативно-сосудистых расстройств, чувствительных нарушений – синдромов ангиодистонического и вегетативно-сенсорной полиневропатии. Через несколько лет от начала работы (3-5) появляются жалобы на онемение пальцев рук, парестезии в них, повышенную чувствительность рук к холоду. При осмотре обращают на себя внимание мраморность, цианоз, иногда бледность кистей, они холодные и влажные на ощупь. При капилляроскопии обнаруживается спастическое или спастико-атоническое состояние капилляров; методом электротермометрии выявляется снижение температуры кожи кистей. При реографии – снижение показателя пульсового кровенаполнения, незначительный гипертонус артериальных сосудов. При продолжении работы развиваются более выраженные изменения.

Таким образом, роль нарушений сердечно-сосудистой системы при различных профессиональных заболеваниях весьма неоднозначна: в одних случаях они лишь сопутствуют основному симптомокомплексу, связанному с профессиональным воздействием, в других – эти нарушения на определённом этапе становятся ведущими, определяющими клиническое течение, исход и прогноз заболевания. Находясь в тесной связи с нарушениями той или другой системы, они могут играть важную роль среди других клинических проявлений профессионального заболевания и являться одной из причин снижения трудоспособности больных. Обязательным условием выявления роли профессионально-производственных факторов в возникновении и развитии сердечно-сосудистых заболеваний является тщательное изучение гигиенических условий труда, профессионального маршрута пациента, стажа работы в условиях воздействия тех или иных вредных производственных факторов, наличия превышения ПДУ и ПДК вредных производственных факторов, особенностей клинического течения заболевания, связи клинических проявлений с началом или прекращением работы во вредных условиях труда.

Сергей БАБАНОВ,
профессор кафедры профессиональных
болезней и клинической фармакологии,
доктор медицинских наук.

Владислав КОСАРЕВ,
заведующий кафедрой,
доктор медицинских наук,
профессор.

**Самарский государственный
медицинский университет.**

На два дня – 4 и 5 сентября 2014 г. – Иркутск стал центром российской офтальмологии. Ведущие специалисты из разных регионов страны собрались здесь, чтобы принять участие в 5-й Всероссийской научно-практической конференции «Байкальские офтальмологические чтения» и поздравить с 25-летним юбилеем Иркутский филиал Межотраслевого научно-технического комплекса «Микрохирургия глаза» им. С.Н.Фёдорова. К этой же дате были приурочены ещё несколько интересных и важных для филиала и всей системы МНТК событий.

Предзнаменование

Наверное, единственный вариант культа личности, который имеет право на существование, – это культ личности Гения. В российской медицине одним из таких гениев, безусловно, был создатель МНТК «Микрохирургия глаза» академик Святослав Фёдоров. И совершенно справедливо, что память о великом хирурге, учёном и организаторе хранится в самых разных формах – в названии созданного им «храма прозрения», в книгах, фильмах и даже в скульптуре.

Так, в рамках празднования юбилея Иркутского филиала МНТК «Микрохирургия глаза» на здании клиники торжественно открыт горельеф С.Н.Фёдорову. Примечательно, что 9-е по счёту подразделение своего уникального медицинского комплекса академик Фёдоров открывал в собственный день рождения.

– Совпадение случайное: мы выбрали дату, согласовывая её исключительно с напряжённым планом командировок Святослава Николаевича. К своим дням рождения он относился очень просто, поэтому 8 августа 1989 г. сделал всё, чтобы это был праздник Иркутского филиала МНТК, а не его личный. Но для нас, не скрою, такое совпадение стало знаком, добрым предзнаменованием, – говорит директор Иркутского филиала, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ Андрей Щуко. – Несмотря на то, что Приангарье – не самый богатый регион России, Иркутский филиал по всем показателям работы – один из лидеров в системе «Микрохирургия глаза».

Увидеть белый провод на белой стене

У Святослава Фёдорова была формула счастья, которую он сам вывел: «Счастье – это дробь, когда в числителе единица, а в знаменателе зависть. И если знаменатель равен нулю, то счастье бесконечно».

Как признаются коллеги и ученики академика, в сети филиалов «Микрохирургия глаза» не практикуется зависть, здесь допустима только здоровая конкуренция. Вероятно, этим и определяется жизнеспособность фёдоровской офтальмологической «империи»: несмотря на многие перипетии в государстве, произошедшие за четверть века, система МНТК работает и развивается. Более того, прилагает усилия к тому, чтобы и другие подразделения отечественной офтальмологической службы достигли максимально высокого технологического уровня.

С этой целью на базе Иркутского филиала открыт референтный центр рефракционной хирургии. Торжественная церемония подписания договора состоялась также в рамках юбилейных мероприятий. Задача центра – обучение врачей новейшим технологиям лечения близорукости, дальнозоркости, астигматизма с помощью фемтосекундного лазера.

– Появление данного оборудования – большой технологиче-

События

Место встречи с новациями — Байкал

Стремительное развитие офтальмологии позволяет ей достойно отвечать на растущие запросы человечества



Генеральный директор МНТК «Микрохирургия глаза» А.Чухраев (справа) и директор Иркутского филиала А.Щуко на церемонии открытия горельефа академику С.Н.Фёдорову

ский прорыв в рефракционной хирургии: после операции, выполненной с использованием фемтосекундного лазера, человек может сразу приступить к труду. Меньше чем за год нашими хирургами выполнено свыше 1100 миниинвазивных рефракционных вмешательств. И опыт, который наработан Иркутским филиалом, послужил поводом для открытия здесь единственного в России референтного центра, в котором будут обучаться рефракционной хирургии, оказанию высокотехнологичной офтальмологической помощи специалисты из регионов РФ и стран СНГ. Здесь же производитель оптики планирует внедрять новые малоинвазивные технологии для дальнейшей их трансляции во все офтальмологические клиники России, – пояснил Андрей Щуко.

По признанию первой пациентки, которой в Иркутском филиале выполнена операция с использованием фемтосекундного лазера, самым сильным её впечатлением было то, что она впервые за свою жизнь смогла без очков чётко увидеть белый провод на белой стене.

В свою очередь, генеральный директор МНТК «Микрохирургия глаза» Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор Александр Чухраев отметил: потратить большие средства и поставить в клинику самое совершенное оборудование несложно, но есть примеры, когда коэффициент полезного действия этого оборудования оставляет желать лучшего. Сама по себе никакая новая технология не имеет ценности без желания врача освоить её. В Иркутском МНТК сложилась «правильная» ситуация: прибор встретился с врачом, они друг друга нашли и поняли. Спасибо академику Фёдорову ещё и за то, что он заложил этот фундамент стремления к познанию, к овладению мастерством новейших технологий.

– Мы должны не просто тратить деньги ради престижной покупки – мы должны помогать людям. Именно такова политика МНТК на ближайшую перспективу: оборудование будет закупаться только под конкретный бизнес-план и

конкретные технологии, чтобы вся дорогостоящая техника работала. Тогда любая уникальная офтальмологическая технология станет доступна максимально большому числу россиян, – подчеркнул А.Чухраев.

Лазерная хирургия упраздняет скальпель

В конечном итоге с той же целью – обеспечить пациентам максимальную доступность новых офтальмологических технологий – регулярно проводятся Байкальские офтальмологические чтения. Иркутский филиал МНТК «Микрохирургия глаза» выступает в роли организатора образовательной площадки для российских офтальмологов, каждый раз формируя программу конференции с учётом последних научных разработок и клинических достижений по наиболее актуальным проблемам современной офтальмологии – кератопластика, хирургическое лечение катаракты, лечение глаукомы, витреоретинальная патология, рефракционная хирургия.

Так, говоря о современных подходах к селективной замене эндотелия роговицы в ходе кератопластики, заместитель генерального директора МНТК «Микрохирургия глаза», доктор медицинских наук, профессор Борис Малюгин отметил, что сквозная кератопластика не всегда позволяет получить оптимальный оптический результат и несёт определённые риски осложнений. Кроме того, при данном подходе даже в оптимальных условиях срок прозрачного приживления трансплантата достигает 17 лет, поэтому рано или поздно, если возраст пациента позволяет, приходится делать повторную кератопластику.

– Современные лазерные системы, которые входят в клиническую практику во всех областях офтальмохирургии, нашли применение и при сквозной кератопластике. На сегодняшний день базовым подходом к современной кератопластике является не полная пересадка роговицы, а селективная замена её повреждённых слоёв.

Это трансплантация аутологичных лимбальных стволовых клеток при недостаточности лимбальной зоны, замена стромы роговицы и эндотелия. В условиях недостаточности донорского материала селективная кератопластика – это выход, особенно когда используется одна донорская роговица на двух пациентов. Мы отделяем строму и пересаживаем её пациенту с кератоконусом или поверхностным помутнением роговицы, а десцеметову мембрану, выделенную вместе с эндотелием, – пациенту с эндотелиальной дистрофией. Опыт проведения таких операций в МНТК «Микрохирургия глаза» уже есть, и, с моей точки зрения, это очень интересное направление кератопластики, – пояснил профессор Малюгин.

Руководитель Центра офтальмологии ФМБА России, доктор медицинских наук, профессор Владимир Трубилин привлёк внимание аудитории к социальным аспектам хирургии катаракты. При населении 143 млн человек в России 10 млн имеют те или иные помутнения в хрусталике в возрасте до 50 лет, 21 млн – в возрасте от 50 до 60 лет и 40 млн – в возрасте старше 60 лет. Столь высокая распространённость делает эту патологию социально значимой и ставит перед офтальмологами задачу своевременно оказывать пациентам адекватную медицинскую помощь, цель которой – не допустить критического снижения зрения, обеспечить высокое качество жизни и более долгую способность к труду.

– К сожалению, в нашей стране широко не используется международная классификация помутнения хрусталика. А та классификация, которая принята у нас, более субъективна и часто вводит в заблуждение и врачей, и пациентов. Не мудрено, что многие офтальмологи предлагают больным подождать, пока катаракта станет «зрелой» и лишь тогда оперировать её. С нашей точки зрения, острота зрения 0,5 является той границей, когда уже надо принимать решение о хирургии катаракты, – говорит В.Трубилин.

Генеральный директор Екатеринбургского центра МНТК «Микрохирургия глаза» кандидат медицинских наук Олег Шилловских в докладе «Трабекулотомия ab-interno как патогенетически обоснованный малоинвазивный способ лечения глаукомы» представил технологии, которые обладают высоким функциональным результатом и стойким гипотензивным эффектом.

«Преимущества и сложности фемтосекундной рефракционной хирургии» – тема сообщения ведущей рефракционным отделением Иркутского филиала МНТК «Микрохирургия глаза» кандидата медицинских наук Олеси Писаревской.

По словам специалиста, создание фемтосекундного лазера явилось принципиально новым направлением развития рефракционной хирургии.

Значительное отличие фемтосекунднолазерных операций от эксимерлазерных в том, что здесь происходит не выпаривание, а выкраивание на роговице линзы диаметром около 7 мм, которая затем удаляется через мини-разрез.

– Существует несколько видов фемтосекундных операций. Пока самой распространённой и в мире, и в России является технология Femtolasik. Мы провели исследование особенностей и клинической эффективности новой рефракционной технологии SMILE на основе данных углублённого обследования 90 пациентов с миопией разной степени в сочетании с астигматизмом. Отличительной особенностью данной операции является постепенное увеличение остроты зрения до достижения максимального результата к 3 месяцам. Чувствительность сетчатки в средних и высоких частотах увеличивается и достигает границ среднестатистической нормы также к 3 месяцам. Таким образом, фемтосекундная технология SMILE в настоящее время является и наиболее эффективным, и самым щадящим методом коррекции близорукости разной степени от -0,5 до -10 диоптрий, а сложности освоения технологии оправданы высокими клиническими результатами, – привела данные Олеся Писаревская.

В целом, как отметили участники иркутского форума, современная офтальмология владеет не просто широким хирургическим «репертуаром», но практически в каждом направлении офтальмохирургии есть несколько вариантов технологий и их модификаций. Стремительная эволюция данной области медицины позволяет ей достойно отвечать на растущие запросы человечества в отношении качества зрения. И можно не сомневаться, что уже на следующей, 6-й конференции «Байкальские офтальмологические чтения» будут представлены очередные достижения в отрасли, к услугам которой рано или поздно приходится прибегнуть каждому человеку.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Иркутск.

К 40 годам, менее чем за 20 лет своей медицинской, преподавательской и коммерческой деятельности, Григорий Захарьин стал столь состоятельным человеком, что мог двухгодичное жалование профессора пожертвовать на благотворительность. Свой капитал он обрёл не только благодаря медицинской практике. Но... обо всём по порядку.

Первые шаги

Родился Григорий Захарьин 185 лет назад в Пензе, где, кстати говоря, городская клиническая больница сейчас тоже носит его имя.

Отец Захарьина был небогатым помещиком. Наибольшую роль в формировании и выборе жизненного пути мальчика сыграла семья матери – дочери переехавшего из Германии в Россию в начале XIX века врача Григория Ефимовича Геймана.

Поступив в 1847 г. в МГУ, Григорий сам оплачивал своё образование и проживание на вольной квартире. Биографы Захарьина не исключают личной и финансовой поддержки молодого человека его дядей Родионом Гейманом и в годы учёбы, и после окончания университета, в частности, в его протекции племянника на должность ассистента терапевтического отделения факультетской клиники.

В 1852 г. Захарьину был выдан аттестат об окончании Московского университета с такими словами: «...утверждён в степени лекаря с предоставлением ему права по защите диссертации получить без экзаменов степень Доктора Медицины». А спустя год, в 1853 г. он написал 90-страничный труд и защитил диссертацию «Учение о после родовых болезнях» с посвящением «Родиону Григорьевичу Гейману ... высокоуважаемому дяде в знак искренней любви и истинной благодарности». После таких слов вы сами можете сделать вывод о роли дяди Родиона в становлении племянника.

Сначала Захарьин на два года остался ассистентом в университетской клинике профессора А.И.Овера. Кроме обретения клинического опыта (профессор Александр Иванович Овер был учеником Матвея Яковлевича Мудрова) Захарьин перевёл на русский язык и опубликовал в «Московском врачебном журнале» статьи Мишеля Фуко, Рудольфа Вирхова и других европейских учёных.

Он не вернулся к родителям в Поволжье по истечении определённого правилами срока ассистентской работы на кафедре и не стал практикующим врачом, а поехал стажироваться за границу.

Обучение Захарьина в Европе вместо запланированных 2 лет переросло в 3. В Берлине, Париже, Вене Григорий Захарьин вместе с Сергеем Боткиным учился у Рудольфа Вирхова (основоположника клеточной теории в медицине), Людвиг Траубе (основателя экспериментальной патологии), Клода Бернара (основоположника современной физиологии и экспериментальной патологии), профессора терапии Йозефа Шкоды. Под руководством европейских светил он написал несколько научных работ по гематологии и физиологии человека. Они, как и его последующие научные труды, были переведены на несколько языков.

Из Европы Захарьин вернулся уже не робким юношей, а известным, уверенным в себе врачом. Он активно включился в клиническую и преподавательскую работу, не пропуская заседания Московского физико-медицинского общества, где периодически

ски демонстрировал свои клинические наблюдения. Вся Москва заговорила о докторе, умеющем лечить разные недуги.

Непревзойдённый лектор

Григорий Антонович ежедневно смотрел больных, вникал в лечебные, административные и хозяйственные вопросы, став в 1864 г. профессором и директором факультетской терапевтической клиники Московского универ-

Врачебное искусство

Клиническое мышление профессор ставил выше дополнительных методов исследования, что принципиально отличало его московскую терапевтическую школу от петербургской школы и подхода к пациенту профессора Сергея Петровича Боткина, с которым Захарьин конкурировал всю свою жизнь.

Он был большим специалистом в сборе анамнеза. Одним из самых удачных считал высказывание

«В Москве врачей много: есть плохие, есть очень хорошие, кому не нравится моя оценка своего труда и досуга – пусть лечатся у других. Для бедных есть клиники, бесплатные лечебницы, и я не желаю отдавать свои силы и время на благотворение; я не могу лечить всю Москву!» Ему приписывают и следующее высказывание: «Врач должен быть независимым не только как поэт, как художник, но выше этого, как деятель, которому доверяют самое дорогое – здоровье и жизнь».

С коллегами, студентами, пациентами, с простыми людьми он мог быть крайне нетерпимым и несдержанным. Например, при несогласии с диагнозом в присутствии пациента унизили отозвался о враче, его поставившем.

На пике своей карьеры Захарьин рассорился с большинством профессоров и коллег на факультете (в том числе с Н.В.Склифосовским) из-за несогласия во мнениях, считая себя правым во всём.

Его причисляли к «московским

Имена и судьбы

Странный доктор

100-летие Московской клинической туберкулёзной больницы № 3 – повод вспомнить о выдающемся враче и педагоге Григории Захарьине, имя которого она носит. Он оставил после себя терапевтическую школу, большое состояние и много толков



Памятная доска в клинике на Девичьем поле. Москва, скульптор И.Новиков, 2005

ситета. Он был непревзойдённым лектором. По 2 часа в день (кроме воскресений) читал лекции с демонстрацией пациентов. Говорят, что среди западноевропейских лекторов не уступал ему лишь один из основоположников современной невропатологии и психотерапии Жан-Мартен Шарко, но тот читал одну лекцию в неделю.

В течение 35 лет лекторской деятельности профессора Захарьина студенты-медики не отрываясь слушали этого невысокого, сухощавого, преобразующегося при чтении лекции доктора: каждому казалось ясным всё то, о чём он говорил, столь убедительным и доказательным было всё, к чему он приходил в своих заключениях.

Будучи студентом медицинского факультета Московского университета, восхищался ораторским талантом Захарьина и Антон Чехов. Правда, когда будущий драматург читал позже изданный профессором двухтомник «Клинические лекции», он отметил, что «талантливые педагоги и ораторы не всегда могут быть способными писателями»: в письменном варианте «...есть либретто, но нет оперы».

Преподавание Захарьина было индивидуальным. Он не раз напутствовал коллег, что «нужно читать лекции так, чтобы средний студент вынес с каждой лекции и навсегда зафиксировал как можно больше полезного – того, чего он не узнает из книг и даже от других преподавателей» (Н.Голубов).

английского философа Фрэнсиса Бэкона: «Врачебное искусство целиком заключается в наблюдении».

Его медицинские успехи огромны. Захарьину принадлежит разработка и изучение клинической симптоматики сифилиса, инфекционной этиологии желчно-каменной болезни, защитной роли лихорадки для больного, разработка показаний и противопоказаний к применению минеральных вод, клинических проявлений туберкулёза лёгких. Благодаря Григорию Захарьину в дорентгеновский период врачи узнали, что такое очаговый верушечный и острый

милиарный туберкулёз, ранний инфильтрат и казеозная пневмония, хроническая кавернозная чахотка и туберкулёзный плеврит.

Имя Захарьина сегодня часто вспоминают клиницисты и рефлексотерапевты, говоря о зонах Захарьина – Гед: повышенной кожной чувствительности или болезненности при определённой патологии внутренних органов, которую Захарьин обнаружил в 1883 г. (а через 15 лет – английский врач Гед).

Сторонник дифференциации в медицине, Захарьин выделил в Московском университете самостоятельные курсы педиатрии, гинекологии, нефрологии, был инициатором создания отдельных профильных клиник.

Он был принципиальным противником назначения сложных лекарственных смесей, выступал за отказ от шаблонов в лечении и за строгую индивидуальность терапевтических мероприятий, был противником некритического переноса опыта европейской медицины на русскую почву, ставил цель направить русскую медицину по своему пути.

Коммерческий талант

Свой труд Захарьин оценивал высоко, за что его часто упрекали: особенно, если получив крупный гонорар, он ограничивался одним назначением пациенту соответствующего режима. Из разговора Захарьина с Иваном Мечниковым:

Современники в разговорах и в прессе отмечали, что лечиться у Захарьина человеку среднего достатка – сродни разорению и как пример бескорыстия приводили Сергея Петровича Боткина, отказывавшегося от гонораров, бесплатно лечившего неимущих больных. Захарьин на подобные упреки отвечал так: «Если не угодно, пускай идут в бесплатные лечебницы. Адвокаты Плевако и Спасович за трёхминутную речь в суде дерут десятки тысяч рублей, и никто не ставит им это в вину. А меня кланут на всех перекрёстках! Хотя жрецы нашей адвокатуры спасают от каторги заведомых подлецов и мошенников, а я спасаю людей от смерти».

Он любил и знал медицину. Любил и почитал славу. Любил и ценил деньги.

Захарьин наблюдал за здоровьем влиятельных особ Москвы, среди которых был возглавляющий тогда Московскую еврейскую общину миллионер Лазарь Поляков. Известный банкир в долгу не оставался: с успехом помещал деньги Захарьина в свои коммерческие и земельные банки. В конце XIX века с помощью этих вложений Захарьин купил, кроме поместья в родной ему Пензенской области, ещё и Подмосквовую усадьбу Куркино площадью 30 десятин, что эквивалентно почти 33 гектарам земли.

Надо сказать, что это были не первые обретения Захарьина. Покупка в кредит в 1864 г., в начале врачебной карьеры, имения в Орловской губернии по соседству с родовым имением жены позволила ему получить дворянский титул, что для финансовых магнатов того времени было крайне необходимо.

Ещё раньше, сразу после бракосочетания и венчания в апреле 1862 г. с дочерью средней руки помещика Орловской губернии дворянкой Екатериной Апухтиной Захарьин купил недалеко от Сухарево башни, на Мещанской улице (ныне проспект Мира, 20), двухэтажный каменный особняк.

Учитывая, что финансовую помощь Захарьин не мог получить ни от отца, ни от родителей жены, факты его приобретений говорят о врождённой коммерческой жилке, которую он сумел развить до таланта.

Парадоксы личности

В 1894 г. Григорий Захарьин стал лейб-медиком Александра III, но в императорском дворце вёл себя весьма странно. Императору не всё нравилось в поведении учёного. Что уж говорить об осталь-

оригиналам», но закончилось сумасбродство профессора бойкотом студентов и отстранением ведущего терапевта Москвы от преподавания. Захарьина ценили как врача и лектора, но черты характера и чудаковатость, усугубляющаяся с годами, делали его характер невыносимым.

О странности известного московского доктора говорили в кулуарах, в университетских коридорах и ординаторских, писали в медицинских журналах того времени. Многие отмечали, что вежливым или нейтральным он всегда был по отношению лишь к равным себе по социальному положению или вышестоящим.

«Захарьинская» больница

Всё своё состояние умерший от инсульта Захарьин оставил сыну Сергею, который пережил отца менее чем на 10 лет. После смерти Сергея Захарьина его мать и сестра (жена и дочь Григория Захарьина) решили построить в своём имении Куркино клинический и научный центр Московского университета, которому посвятил свою жизнь Григорий Антонович. Архитектурный проект «Больницы-памятника, больницы-мавзолея, больницы-произведения искусства» выполнил по заказу родственников Григория Захарьина Игорь Грабарь.

В 1911 г. был заложен первый камень больницы. А в 1914 г. здесь развернулся военный госпиталь (шла Первая мировая война). От этой даты идёт история больницы в Куркино, 100-летний юбилей которой отмечается в этом году. После Октябрьской революции – хирургический санаторий, в 1921 – стационар для больных туберкулёзом – филиал Центрального НИИ туберкулёза, с 1930 г. – санаторий этого института. В 1941 г. на базе больницы в Куркино был развернут хирургический эвакуационный госпиталь, который в 1942 г. был реорганизован в городскую клиническую туберкулёзную больницу.

В 1998 г. многопрофильной туберкулёзной больницы № 3 присвоено имя Григория Антоновича Захарьина, и среди москвичей она чаще всего сегодня зовётся «захарьинской». В 700-коечной больнице, оказывающей сегодня фтизиатрическую и хирургическую помощь пациентам с туберкулёзом, а также с сочетанной патологией туберкулёз/ВИЧ-инфекция, накоплен большой научный и клинический опыт.

Татьяна МОХРЯКОВА,
врач.

Фото автора.