

События

Готовясь к особой работе...

Будущие врачи показали себя достойно на олимпиаде



В условиях, максимально приближенных к реальной клинической обстановке, в Смоленском федеральном центре травматологии, ортопедии и эндопротезирования прошла Всероссийская олимпиада среди ординаторов, обучающихся по специальности «травматология и ортопедия».

После выполнения теоретического задания команды 17 вузов продемонстрировали своё мастерство в проведении операции по ликвидации перелома лодыжки, одной из самых распространённых травм.

Наибольшее количество баллов в сумме двух заданий набрали коман-

Вице-президент Ассоциации травматологов-ортопедов России профессор Александр Очкуренко (ЦИТО им. Н.Н.Приорова, Москва) с участниками олимпиады

ды из Российского НИИ травматологии и ортопедии им. Р.Р.Вредена (Санкт-Петербург), Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова (Москва) и Приволжского федерального медицинского исследовательского центра (Нижний Новгород) – в таком порядке они и поднялись на пьедестал почёта. А чемпионом олимпиады в личном зачёте стал москвич Артём Лыско, «серебро» и «бронза» – у питерцев Андрея Кочиша и Арсения Несинова.

Участников олимпиады тепло приветствовала министр здравоохранения РФ В.Скворцова. В своём обращении Вероника Игоревна подчеркнула особую социально-экономическую значимость работы врача травматолога-ортопеда, от качества выполнения которой «в конечном счёте зависит не только здоровье пациентов, но и благополучие целых семей».

Владимир КОРОЛЁВ,
соб. корр. «МГ».

Смоленск.

Николай ВАГАНОВ,
председатель правления Ассоциации
детских больниц России:

Есть контингент детей, которые никому не нужны, кроме детских больниц.

Стр. 4



Игорь ПАРАМОНОВ,
директор Кировского НИИ гематологии
и переливания крови ФМБА России:

В ситуации с донорством ГСК в российских законах нет даже самого понятия, кто такой донор костного мозга.

Стр. 7



Константин ЗОРИН,
доцент кафедры общей психологии
МГМСУ им. А.И.Евдокимова:

В отличие от атлета для врача самое главное – не сила мышц, а сила воли и духа.

Стр. 10



Проекты

Столица настроена против инсульта

Департамент здравоохранения Москвы начал формировать в городе систему оперативной помощи пациентам с ишемическим инсультом. Об этом сообщила главный столичный кардиолог Елена Васильева. «По инсультам будет создана сеть, аналогичная «инфарктной». В Департаменте здравоохранения уже сформирована рабочая группа. Это, в том числе, должны быть круглосуточно работающие операционные с возможностью очень быстрого удаления тромба из сосуда головного мозга», – пояснила она.

«Здесь нужна компьютерная томография, быстрое контрастирование», – подчеркнула Е.Васильева.

В свою очередь, главный столичный невролог Николай Шамалов отметил, что эндоваскулярное вмешательство при инфарктах головного мозга будет проводиться на базе уже созданных в Москве высокотехнологичных сосудистых центров с круглосуточными операционными, которых на сегодняшний день в столичном сегменте отрасли насчитывается 29. И если до создания системы оперативной помощи пациентам при инфаркте всего 33% больных оперировали в стационарах, то сейчас оперируют уже 86% благодаря круглосуточной работе сосудистых центров.

«Для пациентов с противопоказаниями к таким вмешательствам мы будем делать упор на методики медикаментозного растворения тромбов, так называемый системный тромболизис», – подчеркнул Н.Шамалов.

Между тем Е.Васильева напомнила, что здоровый образ жизни снижает риск развития инфаркта миокарда более чем на 30%.

«Профилактика инфарктов – это здоровый образ жизни, нужно меньше есть жирного, больше заниматься спортом, а также отказаться от курения. Кроме профилактики, можно также говорить о борьбе с факторами риска, то есть если у человека повышение «плохих» фракций холестерина в крови, отмечаются периоды повышения артериального давления, уровня глюкозы в крови, то нормализация этих показателей вносит свой существенный вклад в предупреждение инфаркта миокарда и ишемического инсульта», – констатировала она.

Примечательно, что летальность от инфарктов в Москве за последние 3 года снизилась почти вдвое. «Если взять предыдущие годы, например 2011 г., то летальность от инфаркта в столице составляла порядка 20%. В начале 2013 г. – 16%, а к концу прошлого нам удалось снизить её до 8,5%», – уточнила Е.Васильева.

Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ,
обозреватель «МГ».

Москва.

Акции

«Здоровое сердце – здоровое будущее»

В Ульяновской области прошла акция «Здоровое сердце – здоровое будущее». В её рамках детям с врождёнными пороками сердца бесплатно консультировали кардиохирурги и рентгенохирурги из Детской республиканской клинической больницы Минздрава Республики Татарстан.

«Коллеги из Казани осмотрели порядка 40 маленьких пациентов, и это огромное подспорье в нашей работе, – рассказала заведующая отделением кардиологии Ульяновской ОДКБ

им. Ю.Ф.Горячева, главный детский кардиолог Минздрава Ульяновской области Татьяна Павхун. – Подобную помощь нашим детям оказывают также специалисты Москвы и Пензы».

«С Ульяновской областной детской больницей у нас добрососедские отношения. В прошлом году в результате подобной акции удалось направить на высокотехнологичные кардиохирургические операции в нашу больницу более 20 детей из области. Операции прошли успешно, дети чувствуют себя хорошо», – подчеркнул заведующий отделениями

рентгенохирургии и лучевой диагностики ДРКБ Айдар Хамидуллин.

Всего за минувший год более 120 ульяновских детей с врождёнными пороками сердца получили высокотехнологичную медицинскую помощь за счёт средств федерального бюджета. В этом году за пределами региона уже пролечено более 40 детей, из них более половины – в возрасте до 1 года.

Виктория ГУРСКАЯ,
внешт. корр. «МГ».

Ульяновск.

Новости

За здоровьем — на ярмарку!

На днях в Омске на губернских сельскохозяйственных ярмарках, которые вот уже несколько лет проводятся в самых людных местах более чем миллионного сибирского мегаполиса, стали дежурить врачи. Не санитарные — специалисты по многим заболеваниям, от терапевтов до кардиологов.

Для посетителей ярмарок созданы площадки самоконтроля здоровья. И все они могут пройти скрининг-тестирование на выявление факторов риска развития заболеваний, получить индивидуальные консультации специалистов по вопросам ведения здорового образа жизни, правильного питания, физической активности, необходимости соблюдения режима дня и влияния стресса на организм. Медики рассказывают людям, как правильно использовать приборы для измерения давления и вести дневники наблюдений. На всех площадках организовано анкетирование по вопросам оценки качества оказания медицинских услуг, а также по выявлению желающих избавиться от привычки курить.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ.

Омск.

«Собачьи будки» уходят в прошлое

В Минздраве Республики Хакасия объявили о масштабном проекте по реконструкции регистратур в поликлиниках региона. Главная цель — создать более комфортные условия для пациентов. В частности, принято решение отказаться от закрытого типа регистратур с окошками, которые заставляют человека кланяться и кричать в «амбразуру», тем самым провоцируя психологический и физический дискомфорт при общении посетителя ЛПУ с работником регистратуры.

— Будет создаваться безбарьерная среда. Новая регистратура должна быть оснащена большим количеством сидений для посетителей, кулерами с питьевой водой и ТВ-дисплеями с электронным расписанием, справочной и медицинской информацией. Предполагается, что форма медицинских регистраторов будет унифицирована и станет отличаться от формы других сотрудников поликлиники, — говорит заместитель министра здравоохранения Хакасии Александр Стреленко.

Этот проект направлен на изменение внешней формы общения работников медучреждения с посетителями. Что же касается содержания, об этом в Министерстве здравоохранения республики задумались ещё раньше. В 2015 г. в Хакасии стартовал учебный курс «Психология общения», в рамках которого регистраторы всех медицинских организаций региона должны улучшить свои коммуникативные навыки.

Кроме того, в амбулаторно-поликлинических учреждениях Хакасии планируется создать кабинеты доврачебного приёма, в обязанности которых войдут оформление справок и больничных листов. Это позволит серьёзно разгрузить участковую службу, сотрудники которой сосредоточатся на работе с больными людьми, а не с бумагами.

Елена БУШ.

Абакан.

ВИЧ-статус
проверили у 25 тыс. человек!

Каждый житель Краснодарского края мог недавно бесплатно и анонимно пройти тестирование на ВИЧ-инфекцию и узнать результат в течение 15 минут. Акция была организована в разных уголках Кубани на протяжении недели, и всего в ней приняли участие более 25 тыс. человек.

В краевой столице мероприятие состоялось на территории центрального парка, сюда пришли более 300 человек. Некоторые признавались, что существуют факторы риска заражения, которые и натолкнули их на мысль об участии в акции. Из всех тестируемых 43% проверялись на ВИЧ ранее, остальные 57% прошли процедуру впервые.

Акция «Узнай свой ВИЧ-статус» состоялась в рамках Всероссийской недели тестирования на ВИЧ.

Аревик ТАМРАЗЯН.

Краснодар.

«Осень» материнства

В роддоме при ГКБ № 29 им. Н.Э.Баумана Департамента здравоохранения Москвы приняли роды у 60-летней (!) столичной жительницы. Зачатие произошло с помощью ЭКО, и на 34-й неделе беременности проведена операция кесарева сечения.

«Ребёнок родился совершенно здоровым с массой тела 2,3 кг, — отметила заведующая 2-м отделением новорождённых Елена Третьякова. — Первые несколько часов он был на диффузном кислороде, однако уже к концу первых суток жизни переведён в палату на совместное пребывание с мамой. Мальчик находится на естественном грудном вскармливании. В настоящее время и мама, и малыш чувствуют себя хорошо. По словам матери, вся её беременность протекала легко: не было ни токсикоза, ни отёков, единственное, в последние 4 недели беспокоило повышение АД».

Яков ЯНОВСКИЙ.

Москва.

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

Особый случай

Волчанка не помешала
стать матерью
Врачи осуществили мечту роженицы

Ещё недавно системная красная волчанка считалась абсолютным противопоказанием для беременности и необходимостью прерывания её на ранних сроках.

«Это достаточно редкое заболевание, по крайней мере у нас в области на учёте стоят 200 человек, всего 8 из них — мужчины, — говорит заведующая отделением ревматологии Челябинской ОКБ Ольга Несмеянова. — Болеют преимущественно женщины, и чаще молодые. Страшно то, что болезнь эта проявляется в основном в процессе беременности. Долгое время это заболевание вообще считалось фатальным, больные гибли в течение года. А уж о родах и мыслях не возникало».

Сегодня медицинская наука достигла такого уровня, который позволяет женщинам, больным волчанкой, иметь здоровых детей, несмотря на серьёзность диагноза. В половине случаев беременность протекает и заканчивается благополучно, в 25% случаев — преждевременными родами. К сожалению, у остальных 25% женщин побеждает болезнь — возникает выкидыш или ребёнок гибнет внутриутробно. Поэтому каждый случай рождения здорового малыша можно считать большим событием.



Малыш родился здоровым!



О.Несмеянова (справа) и Л.Журавлёва беседуют с пациенткой

Врачам областной больницы удалось недавно осуществить мечту роженицы, которая после долгих лет испытаний наконец-то стала мамой. До этого 29-летняя челябинка Анелия Биксурина дважды пыталась родить.

«Первая беременность закончилась выкидышем, а во второй раз на сроке 20 недель врачи поставили страшный диагноз «системная красная волчанка», — рассказывает Анелия. — Беременность пришлось прервать, так как на тот момент консилиум врачей счёл этот вариант единственно возможным. Третью попытку я планировала совместно с ревматологами и нефрологами, и с 16 недель и до самых родов находилась в областной больнице, под опекой настоящих профессионалов».

При системной волчанке, прежде всего, страдают почки. Именно от почечной недостаточности эти пациенты погибали до появления новых препаратов, которые впервые стали использоваться в трансплантологии. Немаловажную роль сыграло и открытие современной лаборатории, которая может отслеживать концентрацию лекарства в крови.

«Недостаточное количество препарата не принесёт желаемого результата, — уточняет Людмила Журавлёва, заведующая отделением нефрологии Челябинской

ОКБ, — а слишком высокий уровень препарата в крови может стать причиной различных осложнений. Поэтому всю беременность Анелия регулярно принимала препараты и сдавала анализы, чтобы всё было под контролем».

Первостепенной задачей врачей было компенсировать состояние женщины во время беременности, чтобы ребёнок не получил осложнений. А после родов молодой маме назначили необходимую терапию, чтобы добиться полной ремиссии.

Абсолютного излечения при таком диагнозе ждать не стоит. Но в состоянии ремиссии пациентка может вести полноценную жизнь. Через пару лет Анелия планирует новую беременность. Врачи уже дали добро при условии, что пациентка будет строго выполнять все назначения.

Стоит отметить, что благодаря слаженной работе сразу нескольких отделений больницы, коллегиальному ведению сложных случаев, уникальным возможностям диагностических лабораторий, за последние 2 года на свет появилось уже 5 абсолютно здоровых малышей от мам, страдающих системной красной волчанкой.

Наталья МАЛУХИНА,
вншт. корр. «МГ».

Челябинск.

Фото автора.

Здоровая жизнь

Врач финишировал в марафоне

По сообщению из Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, представитель этого университета, ведущий научный сотрудник Дмитрий Мельников принял участие в The Comrades (марафон Комрадс) - массовом забеге на ультрамарафонскую дистанцию. Д.Мельников преодолел 90 км, проходящих по территории южно-африканской провинции Квазулу-Натал.

Крупнейший престижный горный марафон Comrades объединяет и спортивную беговую элиту, и множество любителей со всего мира. Ежегодно на старт забега выходят более 18 тыс. человек, что делает Comrades самым массовым ультрамарафоном во всём мире. Около 10-20% не успевают финишировать за 12 часов (лимит гонки). Представитель же Первого МГМУ им. И.М.Сеченова Дмитрий Мельников успешно преодолел трассу.

Павел АЛЕКСЕЕВ.
МИА Cito!

Москва.



Главная тема

В сочетании нетрадиционной
и восточной медицины

Министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова с официальным визитом побывала в Улан-Удэ и посетила ряд объектов, в том числе строящийся перинатальный центр и центр лучевой конформной терапии при онкологическом диспансере. Она встретила с главой Республики Бурятия, а также с представителями медицинской общественности, ознакомилась с работой Республиканской клинической больницы им. Н.А.Семашко и детской клинической больницы.

Министр отметила, что Республика Бурятия с точки зрения центров развития здравоохранения является одним из передовых регионов страны. Оценивая здравоохранение Бурятии, В.Скворцова отметила три главных направления, по которым развивается медицина республики: информационные технологии, кадровая политика и соответствующая инфраструктура.

К важным нововведениям в здравоохранении республики министр отнесла применение информационных технологий в работе первичного звена, а именно использование возможностей телемедицины. Практически во всех медицинских учреждениях можно получить прямую консультацию и провести видеоконференцию с ведущими федеральными клиниками.

По мнению Вероники Игоревны, в Бурятии активно выстраивается система экстренной медицинской помощи. Созданы «больничные округа», межрайонные и межокружные сосудистые, онкологические и реанимационные центры, что демонстрирует эффективную системную работу.

Министр также сказала, что у неё осталось хорошее впечатление после общения с коллегами. В регионе прекрасно подготовлены кадры, грамотно и умело выставлены позиции управленцев, главных врачей, что в целом положительно влияет на кадровую политику. «Кадровый состав позволяет создать научный центр по развитию биомедицинских исследований. Это хотелось бы включить в план долгосрочного развития в тесной связи с лучшими федеральными центрами», – подчеркнула В.Скворцова. «Отдельной оценки заслуживает тот факт, что регион абсолютно интегрирован в систему лучших федеральных медицинских школ, сюда приезжают группы наших главных специалистов по всем направлениям. Здесь активно используются мощности федеральных центров. Всё это приводит к тому, что Республика Бурятия становится одним из медицинских центров России», – заключила министр.

В рамках визита с главой республики были обсуждены пер-

спективы развития медицины в регионе. «Перед нами стоит очень важный этап – внедрение прорывных, инновационных подходов в российской медицине, переход к персонифицированной медицине, основанной на индивидуальном генетическом коде, продвинутых информационных технологиях – с этих позиций, если говорить о долгосрочной программе развития, нам нужно иметь план мероприятий», – сказала В.Скворцова.

В свою очередь, депутат Государственной Думы Ириней Матханов отметил особую роль российской традиционной (восточной) медицины, которая, по его мнению, должна занять достойное место в реабилитации и профилактике заболеваний. «Необходимо узаконить традиционную российскую медицину и включить её в стандарты оказания медицинской помощи», – сказал он.

По завершении всех мероприятий было решено продолжать совместную работу по повышению доступности медицинской помощи, в том числе в северных районах Бурятии, с подписанием ОАО «РЖД», а также в ближайшее время ввести в строй объекты специализированной помощи.

Алексей ПАПЫРИН,
корр. «МГ».

Официально

Правила ввоза лекарств
для личного потребления

Президент РФ подписал закон, регламентирующий правила ввоза в Россию лекарств для личного потребления, содержащих сильнодействующие и ядовитые вещества. Соответствующие изменения вносятся в Закон «Об обращении лекарственных средств».

Согласно закону, ввоз сильнодействующих препаратов для личного пользования разрешён

при наличии рецепта от врача. Подтверждающие документы должны содержать сведения о наименовании и количестве назначенного лекарственного препарата. В случае если рецепт составлен на иностранном языке, к нему должен прилагаться нотариально заверенный перевод.

Закон принят Государственной думой РФ 20 мая 2016 г., а 25 мая его одобрил Совет Федерации. Уточнить правила ввоза сильно-

действующих лекарств в личных целях потребовал Конституционный суд РФ в июле 2015 г. Необходимость в регулировании возникла в связи с жалобами на действующее законодательство РФ двух граждан Казахстана, приехавших в 2013 г. на турнир по пауэрлифтингу в Екатеринбург. По прибытии спортсмены были задержаны на таможне за ввоз анаболических стероидов. Несмотря на утверждение, что стероиды были куплены легально по рецепту врача, граждан Казахстана обвинили в контрабанде сильнодействующих препаратов.

Иван ВЕТЛУГИН.
МИА Сити!

Проекты

Какова ситуация
в психоневрологических интернатах?

Заседание Совета при Правительстве РФ по вопросам попечительства в социальной сфере состоялось под председательством заместителя председателя кабинета министров Ольги Голодец. Прошло обсуждение ситуации в психоневрологических интернатах.

«Сегодня на территории России действует 504 психоневрологических интерната, в которых проживают 148,8 тыс. человек. И это 50% от общего числа граждан, проживающих в стационарных организациях социального обслуживания», – отметила О.Голодец.

Вице-премьер напомнила, что в России функционирует 130 детских домов-интернатов для умственно отсталых детей и 13 детских домов-интернатов для детей со сложными проблемами в физическом развитии.

«Безусловно, у нас немало проблем, но основные, на мой взгляд, – недофинансированность в части штата персонала, низкий уровень оплаты труда, низкая квалификация персонала. Это самое уязвимое место», – подчеркнула, как сообщает правительственный сайт, заместитель председателя правительства.

По её словам, в большинстве таких заведений сегодня применяются устаревшие социальные технологии. Кроме того, в подобных стационарных организациях социального обслуживания сохраняются большие очереди. По состоянию на 1 января 2016 г. очередь на размещение в психоневрологических интернатах составляет порядка 10 тыс. человек, в детских домах-интернатах – 229 детей.

«Нам предстоит очень большая совместная работа, однако у нас есть и подвижки. Сегодня в реконструкции и капитальном ремонте нуждаются 99 зданий, а ещё в 2014 г. таких зданий было 303», – сообщила О.Голодец.

По итогам заседания даны поручения Министерству здравоохранения и Министерству труда и социальной защиты выработать критерии для работы волонтеров в учреждениях соцзащиты. Также предстоит ускорить принятие законопроекта о защите прав пациентов в психоневрологических учреждениях, продолжить работу по совершенствованию профессиональных стандартов социальных работников.

Константин ЩЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

Новости

В Ульяновской области приступили к разработке концепции развития сельского здравоохранения до 2020 г. Для этого сформирована специальная группа, в состав которой вошли главные врачи сельских больниц, члены общественных советов и представители муниципальной власти.

Внимание –
проблемам села

По словам заместителя председателя правительства – министра здравоохранения Ульяновской области Павла Дегтяря, в концепции будет детально изложена стратегия поэтапного развития сельской медицины, включая мероприятия по укреплению материально-технической базы сельских медицинских организаций, привлечению кадров, организации медицинской помощи, развитию информатизации.

«Большое внимание будет уделено тем учреждениям, которые территориально удалены от районных больниц и где затруднено оказание скорой и первичной медицинской помощи. Мы составили комплекс первоочередных и плановых мер по улучшению ситуации. Реализация этой стратегии будет способствовать более эффективному выполнению майских указов Президента России», – отметил П.Дегтярь.

«Мы начинаем проводить выездные проверки качества оказания медицинской помощи в лечебных учреждениях области и окажем содействие в разработке концепции развития сельской медицины на основе выявленных при проверках проблем и пред-

ложений пациентов. Наша задача не искать недостатки, а помочь в совместном решении имеющихся проблем для развития регионального здравоохранения», – отметила председатель общественного совета регионального Министерства здравоохранения Татьяна Лабзина.

Уместно напомнить, что в муниципальных образованиях Ульяновской области реализуются федеральные и региональные программы для привлечения медицинских работников в сельские больницы. Так, в рамках федеральной программы «Земский доктор» с 2012 по 2015 г. в регионе трудоустроилось 217 врачей различных специальностей.

В этом году в области стартовала региональная программа «Земский фельдшер». Каждому её участнику выплачивается по 500 тыс. руб. на улучшение жилищных условий. Эти средства уже получили 5 фельдшеров, ещё 8 человек готовятся к участию в программе.

Виктория ГУРСКАЯ,
внешт. корр. «МГ».

Ульяновск.

Криминал

Дорожные
войны со «скорой»
продолжаются?

Вопиющий инцидент произошёл с бригадой скорой помощи в Иркутске. Медики возвращались на базу после вызова, когда дорогу им неожиданно перекрыли две крутые иномарки. А дальше развивался сценарий каких-то бандитских разборок из 90-х годов: выскочившие из машин стали избивать медицинских работников.

Как сообщила главный врач Иркутской станции скорой помощи Ольга Гусева, врач бригады получил ножевое ранение в область пояса и черепно-мозговую травму. У санитара перелом головки плечевой кости.

Полиция оперативно задержала подозреваемых, нашла автомобили, которые использовались при нападении. Злоумышленниками оказались молодые люди 20 и 21 года от роду. Один из них уже

имел проблемы с законом. Следственный комитет РФ по Иркутской области возбудил уголовное дело по статье «хулиганство». Максимальное наказание, предусмотримое ею, – 5 лет лишения свободы. В настоящее время с подозреваемыми работают следователи регионального СК России, выясняются все обстоятельства произошедшего. Расследование уголовного дела продолжается.

Напомним, что это не первый случай нападения на скорую помощь. Недавно в Череповце 25-летний пьяный молодой человек, вызвавший скорую помощь, напал на медиков, а когда те укрылись в автомобиле, забросал машину кирпичами и разбил лобовое стекло.

Павел АЛЕКСЕЕВ.
МИА Сити!

Иркутск.

Ежегодная конференция главных врачей детских областных, краевых, республиканских больниц России состоялась в Москве. На ней присутствовали руководители ведущих детских учреждений от Архангельска до Сахалина, от Краснодара до Петрозаводска. Это уже 18-я встреча с тех пор, как главврачи субъектов ЛПУ страны объединились в ассоциацию для обсуждения насущных проблем, координации действий, обмена опытом. В день «совершеннолетия» элита службы охраны детства собралась в стенах Российской детской клинической больницы (РДКБ), где когда-то и родилась идея создания площадки для общения и знакомства с передовыми технологиями.

Поочерёдно конференция проводится в разных регионах, но с лучшими показателями работы стационара. Организаторов детского здравоохранения принимали Казань, Екатеринбург, Рязань и другие города РФ. Одной из центральных тем всегда оставался анализ ситуации со стационарной помощью детям в стране. Не изменили принятому порядку и на сей раз. Итоги деятельности за минувший период представил председатель правления Ассоциации детских больниц России, главный врач РДКБ профессор Николай Ваганов, обозначив проявившиеся тенденции. Особый акцент был сделан на взаимодействии РДКБ с территориями, что не случайно, ведь за последние два года детские областные, краевые, республиканские больницы возглавили 20 новых главных врачей. Хорошо это или плохо?

Хорошо, если только за этими изменениями не кроются какие-то игры, считает Н. Ваганов. Жизнь течёт, и каждый когда-то заканчивает свою деятельность на руководящем посту: кто-то уходит на пенсию, кто-то на повышение. Случаи, когда главные врачи становятся министрами здравоохранения территорий, руководителями департаментов, членами Совета Федерации, встречаются нередко. В качестве примера можно привести Вологодскую, Ульяновскую области.

Но когда в больнице в течение 3 лет меняются три главных врача, то возникают сомнения по поводу надёжности работы стационара, его статуса и т.д.

По данным Минздрава России, в стране на сегодняшний день 70 детских больниц субъектового уровня. Их количество по сравнению с предыдущими годами уменьшилось. Но однозначно трактовать это нельзя. Так, к Орловской областной детской больнице им. З.И.Круглой (позднее переименованной) присоединился перинатальный центр, и учреждение стало называться «Орловский научно-клинический многопрофильный центр им. З.И.Круглой».

В Красноярске детскую больницу тоже объединили с перинатальным центром, и теперь ЛПУ носит название Красноярский

Итоги и прогнозы

Главные — о главном

Стационарная помощь детям: тенденции последних лет



Встреча главных врачей детских больниц

краевой клинический центр охраны материнства и детства.

— Я всегда поддерживал идею объединения перинатальных центров с областными детскими больницами, не исключал и со взрослыми, — прокомментировал Н. Ваганов. — Самостоятельные перинатальные центры создавать не рационально. Система взаимодействия будет крепкой только в том случае, когда они будут работать под одной крышей с многопрофильным стационаром, под одним руководством.

Произошли серьёзные структурные изменения, связанные с оптимизацией здравоохранения. В Астрахани к областной детской больнице присоединили две городские детские. В Перми к краевой больнице примкнула городская детская больница № 15. В Чите две ведущие детские больницы объединены в одну.

Изменился юридический статус некоторых медицинских организаций, появились автономные бюджетные учреждения здравоохранения, в том числе в Амурской области (Благовещенск), в Бурятии. А что изменилось, интересно было бы знать? Судя по статистике, ничего, кроме повышения заработной платы.

Средняя мощность областных, краевых детских больниц — 408 коек, это оптимальный коечный фонд. Тысячечисленными больницами управлять очень непросто.

Средняя занятость койки — 307. По мнению главных врачей, плановый показатель по койко-дням, утверждённый Минздравом России, не учитывает специфику детских стационаров и нуждается в пересмотре, ведь вместе с детьми в больницах находятся ещё и их мамы по уходу за малышами. Так, в день проведения

конференции в главной клинике страны — РДКБ — пребывало 910 пациентов и 700 родителей.

Укомплектованность больниц кадрами не очень высокая.

— При таком большом количестве высших учебных заведений в стране мы не можем укомплектовать даже субъектовые учреж-

дения, не говоря уже о школах, детских садах и т.д., — посетовал Н. Ваганов. Обеспеченность врачами 62% — и это в учреждениях третьего уровня! Один из основных показателей работы стационаров — больничная летальность, она снижается. Однако Н. Ваганов высказал предположение, что чем больше больницы будут брать на себя новорождённых, детей с экстремально низкой массой тела, тем сложнее будет удерживать темп

снижения показателя. В структуре больничной летальности на первом месте находятся болезни перинатального периода, на втором — врождённые пороки развития (имеется тенденция к их снижению, потому что внедрена система пренатальной диагностики ВПР и система помощи детям, родившимся с аномалиями), на третьем — новообразования (сегодня многие больницы оказывают специализированную помощь детям с новообразованиями). Далее идут болезни органов дыхания, инфекции, внешние причины, прочие болезни (эндокринные, генетические и т.д., сопряжённые с большим риском).

Несмотря на то, что младенческая смертность в стране сократилась почти до европейского уровня, пока нет снижения смертности от сепсиса. И это заставляет задуматься.

Положительным моментом, характеризующим деятельность больницы, является рост числа детей, получивших помощь в дневных стационарах.

— Это направление следует развивать, — подчеркнул Н. Ваганов.

Тем более что у многих главных



В стационаре пациенты всегда в фокусе внимания медперсонала

врачей существует неоднозначное отношение к госпитализации в круглосуточные детские стационары подростков 15-17 лет, доставляющих нередко большую головную боль медицинскому персоналу. Но есть контингент детей, которые никому не нужны, кроме детских больниц, где они лечились многие годы (пациенты с онкопатологией, генетическими заболеваниями и др.).

Ещё не так давно ряд детских учреждений с гордостью делились опытом оказания медицин-

ской помощи матерям, госпитализированным вместе с детьми. Эта идея, рождённая в своё время в Ростове, подхваченная другими субъектами, сегодня, к сожалению, угасает. Хлопотно, требуется лицензия, экономически сложно... В общем не до социальных аспектов. Ликвидировано оказание медицинской помощи матерям и в РДКБ.

Ещё один факт для размышления. Доля сельских детей, пролеченных в областных, краевых больницах, уменьшилась. Это требует анализа и осмысления.

Таковы тенденции.

Что же касается материально-технической базы стационаров, то она улучшилась. В стране стали больше внимания уделять состоянию детских больниц, многие за 5 лет преобразились, однако ещё немалое их количество требует ремонта. Удивительно, но лишь 20% больниц имеют автономное энергоснабжение. Зато теперь 55 больниц оснащены компьютерными томографами, 26 — магнитно-резонансными.

Положение с медикаментами стабильное, что очень важно не только для пациентов, но и для докторов. А вот заработная плата медицинских работников больниц в 2015 г. снизилась. К тому же разница в ней 3- и даже 4-кратная, в зависимости от субъекта РФ.

В общем, главным врачам было что обсудить.

Одной из тем встречи стало развитие телемедицины, повышение качества диагностики и лечения пациентов. РДКБ — флагман стационарной помощи продемонстрировала свои достижения в области медицинской реабилитации, рентгенохирургии, психоневрологии, челюстно-лицевой и тазовой хирургии, нейрохирургии и т.д. Особый интерес вызвал совместный доклад специалистов уроandroлогического и эндокринологического отделений, в котором были раскрыты не только причины и следствия редчайших отклонений в половом развитии детей и подростков, но и методы их коррекции.

Полезной участники конференции сочли и программную разработку, созданную с участием сотрудников патологоанатомического отделения, которая позволяет оптимизировать диагностический процесс, являясь инструментом для дифференциальной диагностики, по аналогии с гистологическими атласами.

Валентина ЕВЛАНОВА,
корр. «МГ».

«Круглый стол»

Люди не признают смерть, не хотят говорить об умирании, особенно если речь идёт о ребёнке. Родители и близкие тяжёлобольного стараются защитить, оградить его от последствий болезни, надеются даже тогда, когда врачи говорят о неизлечимости.

На «круглом столе» столичных педиатров, посвящённом правам неизлечимо больных детей, была представлена Хартия прав умирающего ребёнка (Триестская хартия), впервые опубликованная на русском языке.

Экзамен на человечность

Хартию разработали итальянские специалисты при поддержке международных экспертов. Она развивает положения Конвенции о правах ребёнка (1989) и базируется на междисциплинарном подходе к проблеме смерти и умирания.

Российское издание хартии содержит обширные комментарии российских экспертов и

родителей детей с неизлечимыми заболеваниями. Биоэтические принципы документа универсальны для всех стран, их практическая реализация исключительно актуальна и в России.

«Особенно хотелось бы отметить такие сложные для практического внедрения положения хартии, как общедоступность эффективного обезболивания

умирающих детей, право ребёнка быть проинформированным о своей болезни, право на участие в принятии решений, право получать помощь в обстановке, позволяющей членам семьи быть рядом и участвовать в уходе», — сказала Диана Невзорова, главный специалист по паллиативной помощи Минздрава России.

Многое предстоит сделать для

того, чтобы принципы хартии вошли в повседневную практику: создать службы паллиативной помощи детям и подготовить специалистов, добиться появления в России специальных «детских» форм обезболивающих препаратов и обучить врачей профилактике и лечению боли. Крайне важно обеспечить право ребёнка на то, чтобы получать помощь, не разлучаясь со своими близкими.

Анна ХОЛОДОВА.

Москва.

Мудро замечено: врачевание – сложный творческий процесс, у которого своя «магия». Обладать таким искусством особенно важно педиатру, имеющему дело с маленькими пациентами. Для успеха лечения по-особому важна психологическая атмосфера, обеспечивающая их бодрое состояние. Интересный опыт в этом плане, подсказывает академик РАН, заслуженный деятель науки РФ Сергей Колесников, накоплен в Иркутской государственной областной детской клинической больнице.

Крупный медицинский центр детского здравоохранения Восточной Сибири оказывает специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь детскому населению не только области, но и далеко за её пределами. В его структуре 11 отделений, своя поликлиника, клиничко-диагностическая лаборатория, отделения УЗИ, функциональной диагностики и восстановительного лечения. Современное оснащение позволяет вырывать детей практически с любой патологией. Этим заняты более 100 врачей и около 350 медицинских сестёр, санитаров и обслуживающего персонала.

Ныне, как известно, существуют разные методики по ускорению процесса выздоровления. Та же арттерапия, психологические игры и т.п. Серьёзной помощью медикам в их многотрудном деле стало открытие в больнице игровых детских комнат.

Это началось два года назад. На ярмарке общественных инициатив городской благотворительный фонд местного сообщества "Наследие иркутских меценатов" представил лучшие социальные проекты. Один из них – проект «Играем и выздоравливаем» заинтересовал местных меценатов. Так появились финансы для ремонта и оснащения первой детской игровой комнаты. Доброе дело нашло широкий отклик в городе. Вместе с участниками фонда помощи детям «Я волонтер», с участием добровольцев из населения города были оснащены

Инициатива

Играем и выздоравливаем!

Иркутские педиатры имеют свои подходы к лечению



Детская игровая комната

10 игровых комнат во всех отделениях клиники. Патронат над ними взяли четыре религиозные конфессии.

– Мы не могли остаться в стороне от доброго начинания, рассказывает раввин Аарон Вагнер. – Действуем вместе с посетителями православных храмов, мусульманских мечетей. К нам присоединились буддисты. Нам памятливы слова знаменитого русского инфекциониста А.Билибина о том, что при вра-

чевании должны использоваться два крыла – наука и искусство. Для настоящего полёта (лечение) нужен взмах обоих крыльев.

В каждом отделении Иркутской детской клинической больницы есть своя игровая комната. Все они спроектированы по последнему слову техники. Это – системы приточно-вытяжной вентиляции, отопления и водоснабжения, подогрев полов, новые оконные конструкции, светодиодное освещение, кабельное

телевидение с пакетом детских программ. И конечно, здесь к услугам ребятни игровая мебель, соответствующая экологическим нормам, масса разнообразных игрушек, игр, материалов для детского творчества – на все вкусы. Одно дело – больничная палата, где тебя ждут лекарства, уколы, иные не самые приятные процедуры. Другое – светлая комната, где глаза разбегаются от обилия разнообразных игрушек и книг. Поневолле утихает

боль, горечь расставания с мамой, быстрее отступает недуг... Радость и для малышей, и для родителей... Красивые и весёлые комнаты-сказки по душе детям, ведь здесь можно хотя бы на время забыть о своих бедах. Особенно тем, кому порой приходится проводить в больнице по несколько месяцев.

Члены религиозных конфессий занимаются в игровых комнатах с детьми, проводят праздничные мероприятия, посвящённые светским и религиозным праздникам, дни именинников. Детишки привыкают к игрушкам, книжкам и, выздоравливая, забирают их с собой. Поэтому детские комнаты необходимо постоянно пополнять, что кураторы и делают. Они каждую неделю посещают «своё» детское отделение, следят за тем, чтобы игровые комнаты были оснащены всем необходимым. Приходят не только в игровые комнаты, но и посещают в палатах лежащих ребятшек, если на это есть разрешение врачей.

– Доброта и щедрость, подаренные больным детишкам, – не сомневается собеседник, – конечно же, вернутся сторицей. Радует, что у нас всё больше помощников. Наш общий девиз – твори добро!

– Мы поставили перед собой задачу, – отмечает мэр Иркутска Дмитрий Бердников, – создать такие детские комнаты во всех детских отделениях больниц города. Ведь это, по сути, ещё одно проявление добра, любви и радости, и для ребят, и для взрослых. Готовы поддержать всех, кто примет участие в благое дело...

Михаил ГЛУХОВСКИЙ,
спец. корр. «МГ».

Ориентиры

Волокита здесь недопустима

Инкурабельным больным требуется постоянное внимание

В Республике Дагестан для оказания паллиативной медицинской помощи тяжёлым инкурабельным больным организуется стационар на дому. Кроме того, уже обеспечивается госпитализация в соматические отделения медицинских организаций.

Во всех стационарных учреждениях здравоохранения республики определено по 2 койки для госпитализации инкурабельных больных (в соответствии с приказом Минздрава республики № 944-Л от 01.09.2014). В Республиканском доме ребёнка открыто 5 коек для оказания паллиативной помощи детям.

Регулярно специалистами Минздрава Дагестана совместно с врачами республиканских медицинских организаций осуществляются выезды в города и

районы республики с проверкой выписывания обезболивающих лекарственных препаратов инкурабельным больным.

При проверке обращается внимание на выполнение приказа Минздрава России № 1175-н от 20.12.2012 «Об утверждении порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, а также форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учёта и хранения».

Случаи создания волокиты с выписыванием обезболивающих препаратов и не оказания адекватного обезболивания больным по итогам осуществлённых проверок не выявлены. Случаи отказа в выписке обезболивающих препаратов также не выявлены.

Министерством здравоохранения Дагестана издан приказ № 291-Л от 25.04.2015 «По повы-



Праздник нужен и больным детям

шению доступности анальгезирующей терапии», где потребовано от руководителей медицинских

организаций принять срочные меры по повышению доступности анальгезирующей терапии

для всех больных, нуждающихся в обезболивании, обеспечить обезбоживание 24 часа в сутки 7 дней в неделю в дневное время в амбулаторно-поликлиническом учреждении, в ночное время, в выходные и праздничные дни – на базе скорой медицинской помощи. Также предписано провести информирование населения о порядке обезбоживания инкурабельных больных. Информация об ответственном лице за данную работу, его контактный адрес (номер телефона, адрес электронной почты) размещается на сайте медицинской организации и освещается в местных СМИ.

Ответственными лицами за обезбоживание в Минздраве республики определены ведущий специалист отдела организации и оказания медицинской помощи взрослому населению Патимат Ибрагимова и главный специалист по паллиативной медицине Владимир Брежнев, которые отвечают на звонки круглосуточно.

Зарина АГМАДОВА,
сотрудник Минздрава
Республики Дагестан,
внешт. корр. «МГ».

Пластические хирурги готовы бороться за «место под солнцем» – квоты на высокотехнологичную медпомощь в рамках системы ОМС, однако пока не в состоянии поделить уже существующие квоты, которые получают врачи других специальностей на операции с применением методик пластической хирургии. Этот вопрос они обсуждали на ежегодном заседании профильной комиссии по специальности «пластическая хирургия».

«Ни для кого не секрет, что пластическая хирургия так и останется на вторых ролях, если мы не предпримем необходимые шаги по вхождению в систему ОМС для предоставления высокотехнологичной медпомощи, – отметила в ходе заседания главный пластический хирург Минздрава России и Департамента здравоохранения Москвы, заведующая кафедрой пластической и реконструктивной хирургии, косметологии и клеточных технологий Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова, доктор медицинских наук Наталья Мантурова. – Это необходимо для социальной ориентации пластической хирургии и обеспечения россиян возможностью, независимо от их материального благополучия и статуса, воспользоваться услугами наших специалистов. В первую очередь это должны быть реабилитационные мероприятия, направленные на устранение дефектов после хирургических операций, а также последствий техногенных аварий. Таких пациентов много в разных регионах страны. Также нельзя забывать о пациентах, пострадавших на производстве – они застрахованы Фондом соцстраха РФ и уже сейчас имеют право на полное восстановление здоровья за счёт средств ФСС», – подчеркнула она.

Наряду с этим Н.Мантурова рассказала, что в настоящее время специалисты должны определиться с терминологией и только потом создать номенклатуру услуг и «заявиться» на получение квот.

«Новые квоты могли бы делиться на хирургию лимфатической системы – одного из проявлений постмастэктомического синдрома, которая сегодня не входит в базовую программу ОМС, или бариатрическую хирургию, в которой есть и пластические и реконструктивные операции в области пищеварительного тракта, – сказала, в свою очередь, главный пластический хирург Северо-западного федерального округа РФ Мария Волох. – Между тем врачи пока не понимают, как поделить уже существующие квоты со своими коллегами, применяющими методики пластической хирургии, – комбустиологами, травматологами, онкологами, челюстно-лицевыми хирургами. Ведь пластика

Проблемы и решения

Эстеты от медицины: останутся ли они на вторых ролях?

Новая специальность нуждается в упорядоченности

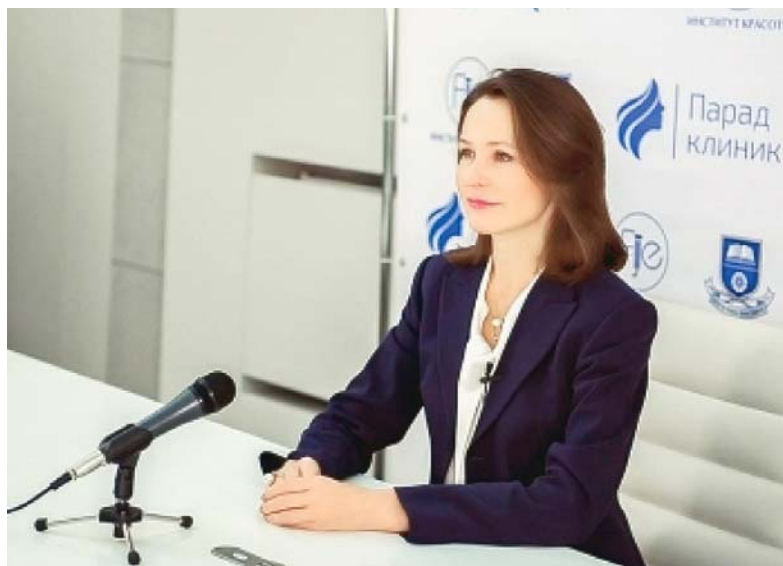
зачастую становится этапом, а не отдельной техникой. Например, при проведении мастэктомии», – добавила она.

«У нас более 10-15% органосохраняющих вмешательств при опухолях молочной железы сопровождаются односторонней или двусторонней имплантацией грудных имплантатов, – заявил ректор 1-го Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. И.П.Павлова академик РАН Сергей Багненко. – Кто будет выполнять такие операции с одновременной пластикой? Очевидно, мы будем обучать пластического хирурга онкологии или всё-таки научимся формировать совместные бригады, выполнять операции поэтапно и делить квоту между участниками пропорционально их трудозатратам? Мне кажется, что путь будет именно такой».

После этого Н.Мантурова сообщила коллегам, что многое будет зависеть от тех критериев и аргументов, которые пластические хирурги смогут найти. «Мы серьёзно этим занимаемся», – уверила она. По её словам, помочь может даже психология и психиатрия, как составляющие – ведь люди идут к пластическим хирургам после приобретённых дефектов для улучшения внутренней самооценки, повышения статуса.

Участники форума также обсудили проблемы получения специальности. Сегодня получить её можно после прохождения двухгодичной клинической ординатуры. По словам медиков, 2 года – слишком мало для подготовки высококлассных пластических хирургов, ведь для начала их надо обучить азам и техникам общей хирургии.

Н.Мантурова рассказала, что в ближайшем будущем будет возможность увеличить срок ординатуры до 5 лет – программы будут ранжироваться по срокам обучения в зависимости от трудоёмкости специальности и построены по модульному принципу. Одним из обязательных в ординатуре по пластической хирургии может стать модуль по общей хирургии, что решит проблему подготовки квалифицированных кадров. В ближайшее время этот вопрос должны обсудить на совете главных специалистов Минздрава России, которые также хотят претендовать на увеличение срока клинической ординатуры по своим специальностям.



Н.Мантурова

Кстати

Страшное дело – красота

Российское общество пластических, реконструктивных и эстетических хирургов (РОПРЭХ) намерено организовать третейский суд, в котором будут рассматриваться претензии пациентов к врачам и качеству их работы.

«Третейский суд при РОПРЭХ призван защитить врачей – членов общества от необоснованных претензий пациентов, – пояснил секретарь РОПРЭХ Георгий Аганесов. – За последнее время выросло количество претензий и судебных исков к пластическим хирургам, не связанных с объективными результатами эстетических операций, а основанных исключительно на субъективной оценке. Нередко такими пациентами движет желание «заработать», получив компенсацию от клиники или пластического хирурга», – добавил он.

В настоящее время РОПРЭХ формирует юридический отдел, в который войдут судмедэксперты, адвокат и управляющий партнёр крупной юридической фирмы. Наряду с этим планируется регистрация третейского суда в Минюсте и Минздраве.

Как известно, инциденты в клиниках пластической хирургии и судебные разбирательства пациентов и пластических хирургов регулярно привлекают внимание общественности и СМИ. Только за последние полтора года в публичном поле обсуждалось не менее десятка случаев, когда пациенты умирали или получали повреждения в клиниках пластической хирургии. Так, в мае минувшего года СК РФ по Красноярскому краю возбудил уголовное дело по факту смерти пациентки, однако впоследствии судмедэкспертиза показала, что вины врачей в случившемся нет.

При этом пациенты всё чаще пытаются взыскать компенсацию с клиник через суд. Самое значительное требование – 10 млн руб. – в январе нынешнего года выставил одной из частных новосибирских клиник пластической хирургии житель Новокузнецка. Его супруга скончалась в клинике после пластики передней брюшной стенки.

«Действительно, неудачные операции одних

На вопрос коллег, не испугает ли выпускников медвузов 5-летняя учёба за свои деньги (почти вся клиническая ординатура для пластических хирургов платная) для получения специальности, Н.Мантурова ответила: «Наша специальность не предполагает большой «армии» специалистов, основная масса молодёжи идёт в эстетический сектор специальности, который занимается коррекцией внешности. У нас нет необходимости выпускать много специалистов. Нам надо в большей степени думать о контроле качества подготовки. Чем длиннее путь – тем лучше», – резюмировала она.

Алина КРАУЗЕ.

Новости

Перспективы репродуктивных технологий

В Барнауле на базе Алтайского государственного медицинского университета прошла научно-практическая конференция «Репродуктивные технологии – вчера, сегодня, завтра».

В ней приняли участие профессор Российского национального исследовательского

медицинского университета им. Н.И.Пирогова, руководитель центров лечения бесплодия, доктор медицинских наук Валерий Здановский, ведущий научный сотрудник Московского областного научно-исследовательского института акушерства и гинекологии, профессор кафедры акушерства, гинекологии, перинатологии и репродукции ФППО

педиатров Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова доктор медицинских наук Татьяна Назаренко, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии медицинского факультета Новосибирского государственного университета, председатель Новосибирского общества гинекологов-эндокринологов

профессор Наталья Пасман и др.

Среди участников были также сотрудники кафедры акушерства и гинекологии АГМУ, представители Сибирского института репродукции и генетики человека, специалисты краевых лечебных учреждений.

Собравшиеся обсудили особенности вспомогательных репродуктивных технологий, совре-

менные молекулярно-генетические методы исследования. Также много времени было уделено лечению мужского бесплодия, причинам неудачной имплантации при ЭКО, особенностям ведения беременности после ЭКО и другим вопросам.

Алёна ЖУКОВА,
спец. корр. «МГ».

Барнаул.

На одном из главных телеканалов нашей страны вышло в эфир шоу, в котором впервые увидели друг друга и обнялись мальчик из России и молодой человек из Израиля, ставший для больного ребёнка донором гемопоэтических стволовых клеток (ГСК). Благодаря доброму иностранному дяде российский малыш выздоровел. Естественно, все в зале прослезилась, наблюдая эту трогательную картину.

Между тем за последние 2 года уже более 100 российских неродственных доноров ГСК стали такими же реальными спасителями для тяжёлобольных людей, но об этом нигде не говорят. И не потому, что такая история менее «слезоточива» с точки зрения телепродюсеров. Причина гораздо проще: неродственного донорства ГСК (костного мозга или стволовых клеток периферической крови) в России как бы не существует. То есть по факту как явление оно есть, но формально ни в законах, ни в постановлениях Правительства России, ни в приказах органов управления здравоохранением РФ его нет.

Наша доля – мизер

Стоит ли повторять, что трансплантация костного мозга или периферических стволовых клеток крови остаётся одним из важных, а нередко – единственно возможным методом лечения людей с онкологическими, гематологическими и наследственными заболеваниями?

Специалисты приводят такие данные: ежегодно в России выполняется около 250 неродственных трансплантаций ГСК, в то время как реальная потребность оценивается в пределах 600-1500 пересадок. Однако путь российских пациентов к выздоровлению чрезвычайно дорог, а нередко невозможен: если речь идёт о неродственном доноре, то его, как правило, ищут за рубежом и платят миллионы рублей за биоматериал, чтобы затем привезти из-за границы и выполнить пересадку в одной из российских клиник. Ещё более высокочатный вариант – трансплантация ГСК там же, за рубежом. Найдёшь деньги – выживешь, не найдёшь – извини....

В то же время вероятность подобрать совместимого неродственного донора в пределах Российской Федерации тоже существует: гипотетически, с учётом генетического разнообразия популяции страны она составляет в среднем 1:30=50 тыс. Но в международной 25-миллионной базе данных потенциальных доноров гемопоэтических стволовых клеток доля российских доноров очень мала – немногим больше 42 тыс. человек. Великая Россия оказалась в арьергарде мировой практики донорства ГСК...

Для того чтобы система помощи россиянам, которые по жизненным показаниям нуждаются в трансплантации ГСК, работала максимально эффективно, необходимо её как минимум организовать и узаконить. Несмотря на то, что собственно трансплантация костного мозга и клеток периферической крови в нашей стране практикуется уже около 20 лет, донорство ГСК в России до сих пор никак не регламентировано. Этой работой под эгидой Федерального медико-биологического агентства начала заниматься группа специалистов из ведущих профильных медицинских учреждений, в числе которых Центр гематологии СПбГМУ им. И.П.Павлова, Федеральный научно-клинический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачёва, Гематологический научный центр Минздрава России и др.

Как пояснил один из участников этой группы, директор Кировского НИИ гематологии и переливания крови ФМБА России Игорь Парамонов, чем больше опыта накапливают российские клиники в работе по рекрутингу доноров и заготовке ГСК, тем с большим количеством юридических, финансовых и этических проблем им приходится сталкиваться:

– Всё, что мы делаем сегодня, мы делаем на свой страх и

Острая тема

Доноры-призраки

Почему в России до сих пор не регламентировано донорство костного мозга?

риск. Государство не участвует в этом никак и даже правила не определило. В России есть Федеральный закон о донорстве крови, в котором определено всё в деталях: правила отбора доноров, права донора, права медицинской организации и требования к ней, осуществление взаимодействия между всеми участниками процесса заготовки, транспортировки, обеспечения безопасности и переливания донорской крови, социальные гарантии донорам. В ситуации с донорством ГСК в законах нет даже самого понятия, кто такой донор костного мозга.

Что мы имеем?

Прежде чем рассуждать о необходимости разработки федерального законопроекта, подзаконных актов и ведомственных регламентов, касающихся системы донорства гемопоэтических стволовых клеток, нужно понимать, а есть ли в стране соответствующая инфраструктура для реализации этих нормативных документов?

Основа такой инфраструктуры есть. Сегодня в России в общей сложности 10 локальных регистров потенциальных доноров ГСК, в которых значится 57,6 тыс. человек. Самые крупные регистры созданы на базе Кировского НИИ гематологии и переливания крови и Российского медицинского научно-производственного центра «Росплазма» ФМБА России (в нём больше 32 тыс. человек), Центра гематологии СПбГМУ им. И.П.Павлова (почти 9 тыс.) и Российского НИИ гематологии и трансфузиологии ФМБА России (Санкт-Петербург), в котором около 7 тыс. фамилий.

Если говорить об эффективности уже существующих российских регистров, она очевидна.

– Два года назад, когда мы только начинали формировать свой регистр, у нас были единичные неродственные доноры костного мозга и стволовых клеток периферической крови, а сейчас их уже свыше полусотни. Более двух десятков человек из регистра Центра гематологии СПбГМУ им. И.П.Павлова тоже стали реальными неродственными донорами. И пока доступность данного клеточного материала для российских пациентов ограничивается главным образом тем, что мы не имеем никаких законодательных рамок в этой области, – ещё раз подчёркивает Игорь Парамонов.

Чтобы потенциальный донор

ГСК попал в регистр, его нужно найти и привлечь. Рекрутингом добровольцев занимаются как центры крови (правда, пока лишь некоторые, и наиболее активно Новосибирский и Челябинский), так и разные благотворительные организации.

Что касается лабораторий, которые могут заниматься иммунологическим типированием крови донора и передавать информацию в регистры, теоретически такое подразделение можно создать в каждом лечебном учреждении, имеющем лицензию на лабораторную диагностику.

В идеале лаборатория гистотипирования должна соответствовать международным стандартам и быть аккредитована в европейской или американской ассоциации иммуногенетики. Правда, сегодня в России лабораторий HLA-типирования, которые имеют зарубежную аккредитацию, всего пять: две в Санкт-Петербурге, одна в Москве, одна в Кирове и одна в Самаре. Остальные 10-12 не аккредитованы, но тоже имеют соответствующее оборудование и могут участвовать в системе типирования доноров ГСК.

Ещё один необходимый объект инфраструктуры – центр заготовки гемопоэтических стволовых клеток, то есть место, куда вызывают потенциального донора в случае, если на его костный мозг или клетки крови появился запрос. Здесь тоже с нуля ничего создавать не придётся, благо центры заготовки ГСК есть при всех федеральных гематологических клиниках.

И наконец, собственно стационары, где выполняется пересадка костного мозга и стволовых клеток. В России лицензию на данный вид деятельности имеют 18 учреждений, хотя реально аллогенной трансплантацией занимается только половина из них. Вот как объяснил это директор Кировского НИИГП:К:

– Есть несколько причин. Во-первых, аллогенная трансплантация технологически сложнее, чем аутогенная, и имеет больше рисков осложнений. Во-вторых, она финансово гораздо более затратная. И в-третьих, нужно иметь доступ к донорскому материалу. С родственным материалом всё понятно, тут проблем нет, а с неродственным – трудности. Первый вариант – покупка биоматериала для конкретного больного за рубежом, стоимость – порядка 2 млн руб. за одну порцию костного мозга или стволовых клеток. Это могут себе позволить только клиники, которые активно сотрудничают с серьёзными благотворительными организациями. Именно по такой схеме завозят много костного мозга из-за рубежа и обеспечивают трансплантацию Центр им. Дмитрия Рогачёва и Центр гематологии СПбГМУ им. И.М.Павлова. Остальные клиники по финансовым причинам доступа к международным ресурсам не имеют. Благотворительные фонды более-менее охотно платят за детей, но как только появляется взрослый пациент, подключить благотворителей очень тяжело. При условии государственного

финансирования все расходы, связанные с заготовкой костного мозга от российских доноров, укладывались бы в 150-300 тыс. руб.

Чего не хватает?

Собственно, начало ответа на этот вопрос уже прозвучало: как любое направление здравоохранения, система донорства ГСК нуждается в деньгах. В структуре обязательных затрат поддержание актуальности регистра доноров, дотипирование крови донора по запросу клиники, где

который сам же организовал забор образцов биологического материала и договаривается с лабораторией о его типировании. Как при этом обеспечивается сохранность персональных данных донора, придерживается ли рекрутер требований соответствующего федерального закона?

Далее. Донорство ГСК – это серьёзные риски и для здоровья, и для жизни донора. Если предполагается забор стволовых клеток, с помощью лекарства стимулируют выход этих клеток в периферическую кровь. Сам по себе этот препарат вызы-

вает определённые побочные эффекты, начиная от банальной аллергической реакции до непредсказуемых осложнений, в частности разрыва селезёнки.

Если же мы говорим о заготовке костного мозга, это вообще реальная операция под общей анестезией, когда у донора забирают около 2 л костно-мозговой суспензии. Речь идёт о серьёзном хирургическом вмешательстве со всеми рисками постнаркозных осложнений. По опыту, около 1% заготовок костного мозга связаны с теми или иными осложнениями. Кто эти риски на себя берёт, кто страхует донора на случай утраты здоровья, нигде не прописано. Мы буквально ходим по острию ножа.

Следующая колоссальная проблема – взаимоотношения регистра с работодателями доноров ГСК. Каждый раз возникают сложности из-за того, что длительное отсутствие человека на работе потому, что он был на процедуре донорства, не имеет под собой никакой юридической подоплёки. На основании чего командир части отпустит донора-военнослужащего на процедуру забора костного мозга? Даже ректору гуманитарного вуза сложно объяснить, что мы берём студента для важной задачи по спасению чьей-то жизни, и поэтому он не может считаться прогульщиком. А возможности сослаться на официальный документ нет.

* * *

Проект регламента, который составляет рабочая группа под эгидой ФМБА, – скорее всего, лишь начало большого процесса. Не исключено, что вслед за этим документом потребуются занятиями законодательством, говорит директор Кировского НИИГП:К:

– У нас два пути: или разрабатывать закон о донорстве костного мозга, или вносить дополнения в действующий закон о донорстве крови. И тот путь, и другой одинаково длинный, но его надо проходить. Решив эту задачу, государство не просто формально обеспечит юридическое сопровождение донорства гемопоэтических стволовых клеток, но активизирует всю систему трансплантации ГСК в России и, соответственно, увеличит эффективность оказания помощи больным.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 40 (1979)

Проблема медицинской и социальной реабилитации детей с врождёнными катарактами (ВК) до настоящего времени является одной из наиболее актуальных, учитывая достаточно высокую распространённость этой патологии и её значительную роль в структуре слепоты и слабовидения.

В последние годы благодаря интенсивным научным исследованиям в совершенствовании технологий хирургии врождённой катаракты, связанным с внедрением технологий малых разрезов, факоаспирации, лазерных вмешательств, появлению современных складывающихся моделей интраокулярной линзы (ИОЛ), не требующих увеличения операционного разреза и хорошо переносимых детским глазом, а также высококачественных вискоэластиков, значительно облегчающих внутрикапсулярную имплантацию, достигнуты значительные успехи в лечении ВК. Вместе с тем визуальные исходы экстракции врождённой катаракты часто не соответствуют достигнутым анатомическим результатам и зависят от целого ряда причин. К ним относятся форма и интенсивность катаракты, её наличие или отсутствие на парном глазу, срок проведения операции, метод коррекции афакии, наличие и выраженность сопутствующей глазной и соматической патологии, а также эффективность её лечения.

В связи с ранним нарушением правильного развития органа зрения, задержкой нормального психологического становления личности и высоким уровнем инвалидизации восстановление зрения у детей с катарактой является важной проблемой офтальмологии. Одной из основных причин низких функциональных результатов хирургии врождённой катаракты является депривационная амблиопия, связанная с поздними сроками хирургического вмешательства и отсутствием оптимальной коррекции афакии. В настоящее время общепризнанной является тактика ранней экстракции ВК, которая, при выраженном помутнении хрусталика, должна осуществляться в критический сенситивный период развития зрительного анализатора, ограниченный первым полугодием жизни ребёнка, с адекватной коррекцией афакии и интенсивным плеоптическим лечением в раннем и позднем послеоперационном периоде. Важным моментом является ранняя, полная и постоянная коррекция афакии, способствующая нормальному созреванию центральных механизмов сенсорного анализа, на основе которого реализуется процесс зрительного восприятия.

Диагностика врождённой катаракты и диспансерное наблюдение детей до операции

Функциональные результаты лечения детей с врождённой катарактой в значительной степени зависят от раннего её выявления и своевременного (по показаниям) проведения хирургического лечения.

Для осуществления ранней диагностики врождённой катаракты и прогнозирования прогрессирования помутнений хрусталика в динамике необходима преемственность в работе акушеров-гинекологов женских консультаций, неонатологов роддомов, педиатров, окулистов детских поликлиник и офтальмологов специализированных медицинских учреждений.

Для своевременного выявления врождённой катаракты в группах высокого риска рождения детей с ВК (отягощённые наследственный анамнез и течение беременности матери) требуется тщательное офтальмологическое обследование новорождённых с первых дней жизни ребёнка, включающее офтальмоскопию, скиаскопию, биомикроскопию в условиях медикаментозного мидариаза (мидацил 0,5%) с акцентом на состояние хрусталика. При обнаружении патологии хрусталика такой ребёнок должен быть направлен в стационар для более детального обследования под наркозом (биомикроскопия, ультразвуковое и электрофизиологическое исследование, авторефрактометрия) и определения дальнейшей тактики лечения.

При выявлении выраженных изменений хрусталика, вызывающих значительную зрительную депривацию, необходимо проведение раннего хирургического вмешательства. При незначительных помутнениях хрусталика, (частичные формы ВК), не требующих ранней экстракции катаракты, рекомендуется диспансерное наблюдение офтальмолога с

осмотром 1 раз в 2 месяца первый год, в 3-4 месяца второй и третий год, в 6 месяцев в дальнейшем. По показаниям в этот период с целью профилактики и лечения амблиопии проводят лазерплеоптическое лечение и медикаментозное расширение зрачка.

Показания к хирургическому лечению и оптимальные (дифференцированные) сроки его проведения

Главным фактором при определении сроков хирургического вмешательства как при двусторонней, так и при односторонней катаракте является выраженность помутнений хрусталика, определяющаяся формой врождённой катаракты, влияющей на фор-

ми интенсивности помутнения хрусталика, ядерные, передне-заднекапсулярные формы с диаметром помутнения менее 2,5 мм, при которых через диск помутнения хрусталика возможна ретиноскопия.

Такие формы катаракт целесообразно удалять в возрасте 4-6 лет и старше в зависимости от характера и динамики помутнения.

При двусторонних катарактах операция второго глаза проводится через 3-7 дней с целью предупреждения развития амблиопии. Сроки её проведения определяются возможностью дачи общей анестезии и клинической формой ВК. При наличии противопоказаний к повторной даче наркоза в ранние сроки оперативное вмешательство на парном глазу откладывается на 1-2 месяца. При монолатеральных катарактах хирургическое лечение целесообразно проводить в возможно ранние сроки с последующим плеопто-ортоптическим лечением в связи с наиболее высоким риском развития тяжёлой депривационной амблиопии.

Методы хирургического лечения. Осо-

Диагностика, мониторинг и лечение детей с врождённой катарактой

Национальные клинические рекомендации Минздрава России

бенности экстракции врождённой катаракты у детей грудного возраста

Предоперационная подготовка ребёнка к удалению врождённой катаракты должна включать профилактику бактериальных осложнений: в течение дня, предшествующего операции, в глаз закапывают капли, содержащие фторхинолоны третьего или четвёртого поколения 4-6 раз в день. Непосредственно на операционном столе глаз промывают 10%-ным раствором бетадина с водой для инъекции в соотношении 2 мл бетадина на 3 мл воды для инъекций с последующим орошением 0,9%-ным раствором хлорида натрия; либо раствором антибиотика.

Хирургическое лечение катаракты следует проводить в условиях максимально возможного мидариаза. Для достижения мидариаза в день операции в глаз закапывают мидариатические капли различного механизма действия (м-холинолитики и симпатомиметики) и нестероидные противовоспалительные препараты фракционно (в течение 1 часа через каждые 10 минут).

Технология хирургии ВК на современном этапе включает тоннельные роговичные или корнеосклеральные микро разрезы с последующей шовной фиксацией основного разреза, выполнение парацинтов на 3 и 9 часах, использование современных вискоэластиков для защиты эндотелия роговицы, аппаратной или мануальной аспирации-иригации хрусталиковых масс и эндокапсулярной имплантации гибких акриловых ИОЛ.

В основном детские катаракты – мягкой консистенции, что не требует их дробления. Однако при атипичных катарактах в толще мутного хрусталика имеются плотные кальцификаты, а при плёчатых – прочная фиброзная капсула, требующие удаления различными инструментами.

Противоречивы данные по тактике к прозрачной задней капсуле хрусталика. Работами последних лет показано, что проведение заднего капсулорексиса, широко применяемого во взрослой практике с целью профилактики вторичных катаракт, не предотвращает их развитие после удаления катаракт у детей, что обусловлено высокими регенераторными способностями глаз детей раннего возраста. Кроме того, её вскрытие значительно повышает риск развития послеоперационных осложнений.

В то же время, по мнению ряда авторов, рекомендуется после удаления катаракты проводить заднюю капсулэктомию с передней витрэктомией. Это позволяет у грудных детей уменьшить частоту появления вторичного помутнения оптической оси, у детей младшего возраста предупредить развитие вторичных катаракт.

Особенности выполнения переднего капсулорексиса

Наиболее важным этапом операции является выполнение переднего непрерывного кругового капсулорексиса диаметром 5 мм, сложность которого у детей, особенно первых лет жизни, обусловлена возрастными особенностями глазного яблока и большим клиническим полиморфизмом передней капсулы. Не при всех формах врождённых катаракт у детей технически возможно проведение традиционно выполняемого во взрослой практике переднего капсулорексиса. Наибольшую сложность представляют атипичные и молокообразные катаракты, при которых, как правило, могут быть неравномерные истончения, уплотнения или неравномерная толщина передней капсулы. При передне-полярной, передне-капсулярной и субкапсулярной катарактах, переднем лентиконусе наблюдаются сращения передней капсулы с передними слоями хрусталика, в виде так называемых «нашлёпок». При наличии этих изменений осуществить стандартный мануальный круговой непрерывный капсулорексис диаметром 4-5 мм затруд-

нительно, а иногда и невозможно. В то же время при зонулярных и полных катарактах проведение капсулорексиса не представляет особых технических сложностей.

С учётом клинической картины применяются дифференцированные методики переднего капсулорексиса: стандартный метод при неизменной капсуле и комбинированные методики, сочетающие элементы традиционного капсулорексиса с использованием канговых ножиц и пинцетов. Возможно проведение капсулорексиса с помощью ИАГ-лазера, а в перспективе – фемпто-секундного лазера.

Дифференцированная методика удаления хрусталиковых масс

При удалении хрусталиковых масс оценивается клиническая картина помутнения хрусталика, его форма и наличие сопутствующей глазной патологии.

Метод **факоаспирации** применяется при сохранённом объёме хрусталика, нормальных анатомических размерах глаза, отсутствии грубой патологии капсульного мешка.

Метод **аспирации-иригации и вискоаспирации** применяется при полурассосавшихся и атипичных формах ВК, наличии микрокорнеи и заднего лентиконуса, недостаточном медикаментозном мидариазе.

Комбинированные вмешательства при катарактах с изменённой задней капсулой хрусталика (врождённый фиброз, задний лентиконус), при которых используются два подхода к хрусталику: удаление хрусталиковых масс с имплантацией ИОЛ передним подходом и частичная задняя капсулэктомию с ограниченной передней витрэктомией с подходом через pars plana).

Тактика по отношению к задней капсуле хрусталика

Микрохирургическая тактика определяется клинической картиной задней капсулы хрусталика.

Прозрачную заднюю капсулу хрусталика в случае имплантации ИОЛ целесообразно сохранять интактной, так как после проведения заднего капсулорексиса у детей, особенно первых месяцев жизни, частота «ложной вторичной катаракты», состоящей из плотных мембран с шарами Адамюка-Эльшнига, остаётся высокой, достигая 83,9-94,1%, а вероятность развития других осложнений (помутнение стекловидного тела, сращение краёв капсулорексиса, внутрикапсулярная децентрация ИОЛ и др.) увеличивается в 9 раз с 4,4% (при сохранённой задней капсуле) до 41% (при вскрытии задней капсулы). Если же ребёнку раннего возраста имплантация ИОЛ не планируется, необходимо проведение задней капсулэктомию диаметром 3-3,5 мм в сочетании с формированием оптического окна в передней гиалоидной мембране и ограниченной передней витрэктомией. Это

служит надёжным методом профилактики вторичной катаракты.

При наличии «кальцификатов» на задней капсуле хрусталика проводится их удаление цанговым пинцетом 23G с последующей полировкой капсулы аспирационным и ирригационным наконечником хирургической установки.

«Врождённый фиброз» задней капсулы хрусталика чаще всего проявляется ограниченным центральным помутнением в виде «нашлёпки» на задней капсуле либо фиброзом самой капсулы. При обнаружении в ходе операции помутнения задней капсулы хрусталика его следует удалить. «Нашлёпка» на задней капсуле может быть удалена цанговым пинцетом. Изредка при этом удаётся даже не повредить целостность задней капсулы. Незначительные фиброзные помутнения, оставшиеся после хирургических манипуляций, в дальнейшем удаляются путём вскрытия задней капсулы с помощью ИАГ-лазера через 1-2 месяца после операции. В случае помутнения самой капсулы его удаляют путём проведения заднего капсулорексиса цанговым пинцетом либо с помощью витреотома с последующей обязательной передней витреозэктомией. Переднюю витреозэктомию также следует проводить при самопроизвольном повреждении задней капсулы хрусталика в ходе удаления катаракты.

Послеоперационная терапия

Применение современных малоинвазивных технологий экстракции ВК позволяет ускорить процесс послеоперационного восстановления лечения, которое проходит практически без заметных воспалительных проявлений.

В соответствии с формулярной системой Федерального руководства по использованию лекарств, в послеоперационном периоде применяются инстилляции тех или иных антибактериальных и глюкокортикостероидных средств, в том числе и комбинированных, в зависимости от возраста детей на момент операции. Согласно формулярной системе, у детей грудного возраста из антибактериальных средств в виде инстилляций разрешены растворы: 20% сульфацила натрия, 0,25% хлорамфеникол, 1% фузидиновой кислоты и Витабакта. В возрасте от 1 года и старше – группы

фторхинолонов: флоксал, вигамокс, сигницеф и офтаквикс. Препараты макситрол, тобрадекс и максидекс следует применять при информированном согласии родителей.

С целью профилактики образования задних синехий эффективно закапывание мидриатика короткого действия 2-3 раза в день. При формировании задних синехий или появлении фибрина в передней камере в раннем послеоперационном периоде используются фибринолитические и коллагенолитические препараты в виде субконъюнктивальных инъекций и электро- или магнитофореза. При выписке из стационара рекомендуется амбулаторное долечивание в течение 1,5 месяца с постепенным уменьшением кратности закапывания комбинированных препаратов.

Методы коррекции афакии. С целью создания оптимальных условий для зрения при афакии следует стремиться к полной коррекции аномалии рефракции. Несмотря на то, что современная офтальмология располагает широким спектром методов коррекции афакии: очки, контактные и интраокулярные линзы, продолжает обсуждаться вопрос выбора оптимального метода коррекции афакии у детей раннего возраста.

Интраокулярная коррекция афакии

Оптимальным видом коррекции афакии общепризнана интраокулярная коррекция, создающая условия, наиболее близкие к естественным, что имеет большое значение для нормального физиологического развития глаза ребёнка. Возможна первичная и вторичная имплантация ИОЛ, показания к которым определяются клинико-анатомическими особенностями хрусталика и глаза ребёнка.

Первичная интраокулярная коррекция

Появление в последние годы гибких моделей ИОЛ позволило проводить имплантацию через малые разрезы, что значительно уменьшило травматичность оперативного вмешательства, а принципиально новый химический состав линзы, состоящей из более качественного, инертного и биологически совместимого с тканями глаза материала (гидрофобный акрил), позволил проводить имплантацию ИОЛ детям первых месяцев жизни. Показания к операции определяются анатомо-топографическими параметрами глаз ребёнка: диаметр роговицы = 9,5 x 10 мм и более при нормальном или

уменьшенном не более чем на 3 мм передне-задней оси (ПЗО) глаза по сравнению с возрастной нормой, отсутствием грубой сопутствующей патологии глаза (наличие удлиненных отростков цилиарного тела, занимающих менее 1/4 части задней камеры глаза).

Имплантация ИОЛ детям более старшего возраста возможна при наличии оптимальных анатомических параметров, необходимых для имплантации ИОЛ, отсутствии выраженной сопутствующей патологии глаз и организма.

Расчёт оптической силы ИОЛ производится в основном по формуле SRK II и SRKT, учитывающей сагиттальный размер глазного яблока (ПЗО), преломляющую силу роговицы и индивидуальные константы выбранной модели ИОЛ, а также Hoffer Q и Holladay II, в зависимости от возраста ребёнка. При расчёте оптической силы имплантируемой ИОЛ у детей первого года жизни определяют величину гипокоррекции (от 4 Д до 14 Д) оптической силы ИОЛ, рассчитанной по формуле, с учётом оптической силы роговицы и разницы исходной ПЗО и прогнозируемой ПЗО после завершения физиологического роста глаза.

Противопоказаниями к внутрикапсульной имплантации ИОЛ у детей грудного возраста являются значительное уменьшение объёма задней камеры и капсульного мешка на глазах с диаметром роговицы 9 x 9,5 мм и менее при уменьшении ПЗО глаза от возрастной нормы более чем на 3 мм, наличие сопутствующей патологии глаз в виде удлиненных отростков цилиарного тела, сращённых с передней капсулой хрусталика при синдроме ППГСТ, занимающих значительную часть задней камеры глаза.

Относительные противопоказания к имплантации ИОЛ у грудных детей: наличие персистирующей сосудистой сумки хрусталика, гиалиновых и мембран на радужке, зрачковых мембран, требующих дополнительных реконструктивных вмешательств (при незначительной их выраженности – имплантация ИОЛ возможна).

Вторичная интраокулярная коррекция

Имплантация ИОЛ как метод, дающий оптимальные оптические результаты, может применяться вторым этапом на афакичных глазах у детей, которым в раннем возрасте не была проведена первичная имплантация ИОЛ.

Показания к вторичной имплантации ИОЛ определяются целесообразностью её проведения и технической возможностью её выполнения. Вторичная имплантация показана при отсутствии постоянной контактной коррекции (непереносимость, нежелание родителей и др.), разнице между не корригируемой и корригируемой остротой зрения более 0,03, отсутствии грубых изменений в сетчатке и зрительном нерве, наличии капсульного кольца или периферических остатков передней и задней капсул хрусталика, отсутствии грубых анатомических изменений задней камеры глаза, выраженных иридо-капсулярных и витреальных сращений, обеспечивающих возможность имплантации ИОЛ в капсульный мешок или цилиарную борозду.

Противопоказаниями к вторичной имплантации ИОЛ являются наличие единственного функционирующего глаза, тяжёлая врождённая или приобретённая патология парного глаза, корригированная острота зрения менее 0,03, грубые изменения на глазном дне, выраженный микрофтальм и микрокорнея, миопия высокой степени (ПЗО более 26 мм), грубые изменения ЭРГ, наличие послеоперационных осложнений (глаукома, иридоциклит и др.). Относительным противопоказанием к вторичной имплантации ИОЛ является отсутствие адекватной капсульной поддержки ИОЛ при наличии выраженных дефектов задней капсулы. В таких случаях у детей младшего возраста вторичная имплантация ИОЛ нецелесообразна, у детей старшего возраста (5 лет и более) возможна имплантация зрачковых и переднекамерных моделей ИОЛ.

Очковая коррекция

Очки применяются для коррекции двусторонней афакии и в случаях необходимости дополнительной коррекции рефракции у детей с астигматизмом после имплантации ИОЛ детям грудного возраста.

Очки детям назначают на основании данных объективного исследования рефракции с субъективной проверкой переносимости коррекции у более старших детей (после 4-5 лет). У детей до 3-4 лет приходится руководствоваться только объективными данными.

(Окончание следует.)

Экспертное заключение

Врождённая катаракта у детей: принимай решение быстро и правильно



На первый взгляд может показаться, что врождённая катаракта не заслуживает столь пристального внимания, поскольку не относится к числу наиболее распространённых заболеваний детского возраста. Так, по данным литературы, частота встречаемости данного заболевания – 1 случай

на 10 тыс. новорождённых, что составляет лишь 0,2% от всей патологии органа зрения у детей. Однако если мы рассмотрим структуру офтальмохирургических вмешательств у детей, то врождённая катаракта занимает значительное место – порядка 20%. Почти тысяча таких операций ежегодно выполняется детям только в одном нашем институте, а в целом данный вид помощи оказывают в целом ряде российских клиник. Вот почему именно клинические рекомендации по диагностике и лечению детей с врождённой катарактой стали одним из первых документов в этой серии.

Над разработкой документа трудилась большая группа экспертов – специалистов из ведущих офтальмологических учреждений России: МНИИ глазных болезней им. Гельмгольца, МНТК «Микрохирургия глаза» им. С.Н.Фёдорова, Уфимского НИИ глазных болезней, Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета и др. Уже одно это говорит в пользу объективности и непредвзятости материала: в нём сведены воедино мнения и опыт представителей различных офтальмологических школ.

В отличие от многих других клинических рекомендаций, ФКР по врождённой катарак-

те предназначены не только для офтальмохирургов, но и для окулистов, работающих в обычных детских поликлиниках. Во-первых, правильная диагностика на этапе первичного звена здравоохранения определяет дальнейший прогноз для пациента. Во-вторых, даже если врачи, которые работают в поликлиниках, не владеют хирургическими технологиями, а лишь ведут консультативный приём, они должны знать и правильно ориентироваться в современных подходах к лечению и ведению детей с врождённой катарактой. Прежде всего, в каких случаях необходимо направлять ребёнка к офтальмохирургу и в какие сроки это нужно сделать. Именно в данном плане, как мне кажется, огромное значение ФКР: следование им решает важнейшую задачу преемственности между врачами-офтальмологами детских поликлиник, профильных стационаров в регионах, федеральных офтальмологических клиник и научно-исследовательских институтов.

Что касается собственно хирургического лечения врождённой катаракты у детей, самым главным остаётся вопрос, в какие сроки следует выполнять операцию? В отличие от катаракты у взрослых, у детей это заболевание требует при наличии показаний как можно более раннего хирургического вмешательства. Если по каким-либо причинам лечение запаздывает, то впоследствии, даже используя современные хирургические технологии, мы можем достичь хороших анатомических результатов, но функциональный результат в плане зрительных функций не будет столь удовлетворительным. Это обусловлено тем, что существует определённый сенситивный период, наиболее благоприятный для развития зрительного анализатора у ребёнка, и когда наличие катаракты задерживает его развитие, очень быстро возникает амблиопия – вариант слабости зрения, связанный со зрительной депривацией.

Нужно признать, что вопрос о сроках хирургического лечения до сих пор остаётся

дискутабельным в мировой офтальмологии. Теоретически можно делать операцию ребёнку и в 2 месяца, но в этом случае существенно увеличивается риск осложнений. Общепризнанным оптимальным сроком на сегодняшний день считается возраст пациента от 3 до 6 месяцев, и в тексте клинических рекомендаций указывается именно этот временной диапазон.

Второй вопрос, который также до сих пор активно обсуждается в мировом профессиональном сообществе офтальмологов, – это интраокулярная коррекция. Современный подход к хирургии катаракты у взрослых предполагает, что практически в 100% случаев одномоментно с удалением помутневшего хрусталика пациенту имплантируется интраокулярная линза. В детской офтальмохирургии такой высокий процент недостижим, поскольку основной рост глаза ребёнка происходит именно в течение первого года жизни. И если технически ранняя имплантация ИОЛ не представляет сложностей, то правильно определения оптической силы искусственного хрусталика с расчётом на необходимую рефракцию в период дальнейшего роста глаза вызывает проблемы.

Учитывая это, ведущие зарубежные и российские специалисты склоняются к тому, что оптимальна ранняя (в возрасте до 6 месяцев) хирургия катаракты без имплантации искусственного хрусталика, а затем, в более позднем возрасте, вторичная имплантация интраокулярной линзы. В тех случаях, когда хирургическое лечение проводится рано и без хрусталика, рекомендуется подбор контактной линзы. При лечении катаракты у детей в возрасте старше 6 месяцев проводится одномоментная экстракция помутневшего хрусталика с имплантацией ИОЛ. Такой подход изложен в рекомендациях.

В целом ФКР – это ёмкий материал, который включает в себя вопросы выявления катаракты, оптимальные методы обследо-

вания, наблюдение за этими детьми, а также комплексное лечение, которое подразумевает не только хирургию, но и консервативные методы, направленные на зрительную реабилитацию. Одним словом, все этапы оказания помощи ребёнку.

Разумеется, клинические рекомендации не являются документом, который жёстко регламентирует действия врача: они призваны помогать в определении правильной тактики ведения данных больных, но в то же время у специалиста должны быть разные возможности для решения конкретной клинической задачи. Именно в детской офтальмохирургии индивидуальный подход очень важен с учётом того, что, по данным различных источников, в 30-80% случаев врождённая катаракта может сочетаться с другими патологиями глазного яблока, а это влияет и на тактику, и на сроки лечения.

Следует отметить, что в процессе подготовки данного документа эксперты провели всесторонний анализ современных научных разработок, обобщили клинический опыт российских и зарубежных специалистов и предложили, как мне кажется, наиболее оптимальную на данный момент классификацию врождённых катаракт (этиология, клиника, хирургическая тактика), удобную для использования любым специалистом.

В целом клинические рекомендации по врождённой катаракте являются, на мой взгляд, крайне важным и своевременным документом, фактически руководством к действию для практикующих детских офтальмологов.

Павел ВОЛОДИН,
заведующий отделом
микрохирургии и функциональной
реабилитации глаза у детей,
доктор медицинских наук.

**МНТК «Микрохирургия глаза»
им. С.Н.Фёдорова.**

Отрадно заметить, что на страницах «МГ» периодически появляются содержательные материалы психологической, деонтологической и биоэтической направленности. Эти темы настолько животрепещущие, что молчать о них просто нельзя. Поэтому закономерно, что ряд авторов «МГ» уделяют им пристальное внимание. Хотелось бы выделить и проанализировать некоторые публикации, естественно, нисколько не умаляя важности иных статей и интервью. А также поделиться собственными размышлениями о воспитании и обучении наших студентов-медиков.

Клиницисты бьют тревогу

Полагаю, миссия врача в современном мире невозможна без его высоких личностных качеств – культуры общения, порядочности, совестливости, самокритичности, активной гражданской позиции... А на самом деле? Учим ли мы студентов правильно общаться с пациентом? Каков душевный настрой самих врачей-врачей? Какие психологические проблемы мешают им жить, учиться и работать?

Эти волнующие медицинскую общественность вопросы поднимает обозреватель «МГ» Дмитрий Володарский, беседуя с Леонидом Лазебником и Абрамом Сыркиным. Так, крупный специалист в области внутренней медицины, доктор медицинских наук, профессор кафедры поликлинической терапии МГМСУ им. А.И.Евдокимова, президент Научного общества гастроэнтерологов России Леонид Лазебник полагает, что врачи практически не общаются с пациентами и не собирают анамнеза. Это и лежит в основе большей части неверно поставленных диагнозов, а значит, неправильного лечения. «В медвузах далеко не всегда успевают обучить студента общению с больными... Традиционное восприятие врачебной профессии как человека, контактирующего с человеком, уходит».

По мнению Л.Лазебника, качество выпускника во многом определяется его душевным настроем. Наряду с профессиональной подготовкой настоящего врача характеризуют альтуизм, сострадание, постоянная готовность прийти на помощь, самоотдача, потребность в непрерывном обновлении знаний и порядочность. Человек, обладающий этими качествами, вкупе с выбором грамотного наставника, обязательно станет профессионалом.

Один из ведущих экспертов России в области сердечно-сосудистой патологии, заведующий кафедрой профилактической и неотложной кардиологии Первого МГМУ им. И.М.Сеченова, доктор медицинских наук, профессор Абрам Сыркин в интервью подчёркивает: «Талантливый врач, инженер или музыкант может быть совершенно мерзким человеком... К сожалению, современное общество развращено, и медицина тоже поддалась этому разлагающему процессу. Простой слойка недобросовестных людей в медицине – и нравственно, и профессионально – за последние несколько десятилетий существенно расширилась».

Причины этой беды А.Сыркин видит в том, что наши врачи в материальном отношении низведены до совершенно неподобающего положения. «Наряду с этим, нравственное разложение общества, готовность идти на низкие, бесчестные поступки, а также аморальное поведение культивируется и очень навязывается с самого верха. Более того, «на арену» не допускается то, что противостоит этому».

Очевидно, подобные оценки разделяют и другие видные клиницисты, организаторы здравоохранения и врачи-педагоги. Об этом неоднократно писала «МГ». Где же корни проблемы? Их много.

В частности, это касается психологии и педагогики среднего и высшего образования. Со школьной и студенческой скамьи мы обязаны заботиться о высокой культуре, позитивном душевном настрое и

духовно-нравственной компетентности выпускников. У нас это получается? Будем честны: увы и ах!

При этом на страницах «МГ» я встречал немало замечательных рекомендаций, к сожалению, до сих пор не реализованных. Попробуем хотя бы отчасти систематизировать их и наметить выход из тупика.

«Врач от Бога» или «Фабрика врачей»?

Пресловутый ЕГЭ (или, как горько шутят, «баба-яга») учит не мыслить, а, скорее, заучивать и отгадывать верные ответы. Нынешние студенты – жертвы «бабы-яги». Это я знаю на собственном 18-летнем опыте

всё больше превращается в классический пример массового конвейерного производства – «штампует» выпускников, как токарный станок детали. Не отсюда ли простекают врачебные ошибки, цинизм и халатность, синдром эмоционального выгорания, ятрогенные заболевания, а в конечном итоге – искалеченные судьбы пациентов и горе-эскулапов?

Высшая школа призвана быть не просто «кузницей кадров», а источником гуманитарных знаний, воспитания нравственного и психологического здоровья – центром подлинной культуры. Поэтому на подготовительных отделениях и в приёмных комиссиях с абитури-

парадных и культурно-массовых мероприятий – факельных шествий, спортивных соревнований, литературных конкурсов, туристических походов и т.п. Безусловно, всё это полезно: сплачивает коллектив, развивает умение работать в команде, нести ответственность, адекватно реагировать на критику, выступать публично, объяснять и отстаивать принятые решения, подбирать и перерабатывать специальную информацию и т.д.

Однако воспитание – прежде всего нравственная категория. В отличие от атлета для врача самое главное – не сила мышц, а сила воли и духа. Как взрастить это?

Думаю, уважением прав личности

что усиливает иммунитет против конформизма, эгоизма и фальши. Это особенно важно сейчас, когда секуляризация общественного сознания, рационализация мышления и коммерциализация медицинских услуг вытесняют совесть, прячут её «в карман» и ведут к нравственной деградации.

Поэтому считаю актуальным и своевременным разработку и внедрение специальных образовательных модулей на темы, посвящённые нравственным и психологическим основам здорового образа жизни, просветительской деятельности врача по профилактике заболеваний и реабилитации пациентов. Также необходима коррекция про-

Продолжаем разговор

Врач — это состояние души О внутреннем мире замолвите слово...



Качества начинающего врача во многом определяются его душевным настроем

преподавания, сравнивая интеллектуальный уровень, когнитивные способности и дисциплинированность студентов разных годов обучения. По моим наблюдениям, эти важные показатели в целом снижаются.

Поступление в вуз на основании результатов ЕГЭ губит высшую школу ещё и потому, что личность абитуриента «усредняется» и «абстрагируется». Например, неизвестны его намерения, побуждающие подать заявление о приёме. Зачислять в медицинский вуз следует, учитывая не только общеобразовательные знания, но также психологические особенности и призвание к врачебному служению.

Доктор медицинских наук, профессор Рудольф Артамонов справедливо сетует, что отбор будущих студентов происходит по формальным критериям. Однако нужно чётко определить, насколько выбор осознан, а мотивы зрелые, продуманные. Если же нет, то посоветовать избрать иную профессию, не требующую нужных для врача качеств (прежде всего человечности, умения оказать помощь и завоевать доверие пациента).

Заведующий кафедрой пропедевтики и внутренних болезней Дагестанской государственной медицинской академии, доктор медицинских наук, профессор Ибрагим Шамов утверждает: «Врачебное призвание – не пустые слова. Хороший врач, как говорят, от Бога – это то же самое, что хороший писатель, хороший артист... Талант среди рода человеческого не такой уж частый гость, да и призванных не столь уж много».

Мы же не удивляемся строгому профессиональному отбору будущих спортсменов, лётчиков и полицейских. Их профпригодность оценивается по многим признакам, различными методами. При необходимости могут и «снять с дистанции». Почему бы и нам не воспользоваться положительным опытом коллег? Разве стать врачом менее ответственно и сложно, чем артистом балета?

Я глубоко убеждён, что наше высшее медицинское образование

ентами должны работать клинические психологи, выявляя наиболее способные и одарённые личности.

Плечом к плечу с психологом

Образованию и воспитанию врачей очень способствует психологическое сопровождение учебного процесса. Речь идёт о психодиагностике, психогигиене, различных тренингах по самопознанию, продуктивному преодолению конфликтных ситуаций и жизненных трудностей, обучению навыкам конструктивного общения и гуманистического взаимодействия с окружающим миром. Всем этим тоже могли бы заниматься клинические психологи.

Как доцент факультета клинической психологии МГМСУ им. А.И.Евдокимова, я знаком с программами подготовки этих специалистов. Под руководством декана факультета, доктора медицинских наук и доктора психологических наук, профессора Натальи Сироты их успешно обучают многим премудростям, в том числе проведению культурно-просветительской работы по формированию здорового образа жизни, сохранению психического и психосоматического здоровья.

Отсюда конкретное предложение: не только при лечебных учреждениях, но также в каждом среднем, высшем и послевузовском медицинском образовательном заведении должна быть хотя бы одна ставка клинического психолога. К нему на бесплатной основе обращались бы учащиеся и преподаватели, имеющие акцентуации характера, тягостные внутренние и межличностные проблемы. Консультируя, специалист помогал бы создать атмосферу сотрудничества в студенческой группе и кафедральном коллективе, наладить взаимодействие с коллегами, пациентами и их родственниками, преодолеть синдром эмоционального выгорания и т.д.

За бортом

Воспитательная работа не должна ограничиваться проведением

студента, отказом от манипуляционных или авторитарных методов обучения, обладающих психотравмирующим эффектом, созданием атмосферы психологической безопасности и доверия... В такой среде лучше развивается личность молодого человека: нравственная и гражданская зрелость, способность к конструктивному общению, профессиональная грамотность, осмысленное отношение к потребностям своего возраста, учёбе и врачебному искусству.

Вызывает большую тревогу, что в последнее время наметилась тенденция к сокращению и даже исключению учебных часов по нравственно-просветительским темам из рабочих программ для студентов, ординаторов, аспирантов и практикующих врачей, повышающих свою квалификацию. Сложившаяся тенденция ведёт к разрушению исконных традиций отечественной медицины, отсутствию преемственности додипломного и последипломного образования, а в конечном счёте – ухудшает стиль взаимоотношений с пациентами и результаты лечения.

Вне учебного поля остались темы, крайне важные для личностного и профессионального роста обучающихся, – трёхуровневая (дух-душа-тело) концепция здоровья и здорового образа жизни; нравственные и психологические аспекты болезни, профилактики заболеваний и реабилитации пациентов; роль деонтологического воспитания в укреплении психологического здоровья врача; профилактика медико-деонтологических ошибок и ятрогенных заболеваний; вклад пренатальной психологии и педагогики в профилактику врождённых заболеваний, искусственных абортов и т.п.

В мою бытность доцентом кафедры педагогики и психологии МГМСУ им. А.И.Евдокимова эти темы изучались специально в рамках исследования «Введение в духовную культуру врача» (руководитель – доктор педагогических наук, профессор Наталья Кудрявая). Несомненно, многие преподаватели пережили прекрасные минуты приобщения студентов к таинствам медицинского искусства, смогли повлиять на «работу души» и становление духа молодых людей, помочь понять чужие страдания и взрастить желание их облегчить.

Так, на кафедре ортодонтии МГМСУ им. А.И.Евдокимова была разработана и проводилась ролевая игра «Врач – пациент». В ходе игры при разборе врачебной ошибки озвучивалась внутренняя речь доктора, испытывающего душевные муки из-за немотивированного удаления зуба маленькому пациенту. Доктор понимает, что надо признать свою ошибку, но смущается и беспокоится: «Что скажет главный врач? А вдруг будет скандал?»

Такие ролевые игры «тренируют и оттачивают» врачебную совесть,

филактических и просветительских программ с целью формирования безопасной модели сексуального и репродуктивного поведения обучающихся. Глубоко убеждён, что в каждом медицинском вузе нужно создать особую кафедру, занимающуюся проблемами нравственного воспитания, биоэтики и деонтологии. На это грешно жалеть финансовые средства и учебные часы!

Капля милосердия на злые сердца

Много интересных и насыщенных материалов «Медицинской газете» посвящается состраданию и милосердию. Выделю публикации первого заместителя главного редактора «МГ» Константина Щеглова. Он размышляет о роли религии в практике врачевания, о совместных усилиях Минздрава и РПЦ по уменьшению числа абортов, о деятельности реабилитационных душепопечительских центров, где лечатся и проходят реабилитацию больные ВИЧ/СПИДом, алкоголизмом, наркоманией и прочими зависимостями от психоактивных веществ и состояний. К.Щеглов подытоживает: «Совместное участие РПЦ и врачей в укреплении здоровья людей – уникальное достижение современной российской действительности».

Так, в июне 2015 г. Патриарх Московский и всея Руси Кирилл и министр здравоохранения России Вероника Скворцова заключили «Соглашение о сотрудничестве между Министерством здравоохранения Российской Федерации и Русской православной церковью». Указанное сотрудничество осуществляется, в частности, посредством проведения семинаров, курсов, учебных программ и прочих мероприятий в учреждениях высшего, среднего и послевузовского медицинского образования с целью формирования духовных основ медицинской деятельности. Также предписано вести совместную информационно-образовательную работу, направленную на предотвращение искусственного прерывания беременности, нравственное воспитание, санитарно-гигиеническое просвещение и популяризацию здорового образа жизни.

В заключение хотелось бы отметить, что активное взаимодействие медицины с традиционными религиями, педагогикой, психологией, этикой и философией настойчиво требует переосмысления устаревших концепций обучения и воспитания студентов. Потенциал такого сотрудничества на основе традиционных нравственных ценностей огромен и непременно должен использоваться.

Константин ЗОРИН,
доцент кафедры общей психологии
МГМСУ им. А.И.Евдокимова,
кандидат медицинских наук.

Кофеинсодержащие безалкогольные напитки в нашей стране окружены некой аурой. Слухи об их чрезмерном вреде, как правило, ничем не обоснованы с научной точки зрения и носят характер банальных небылиц. В обществе всё чаще складывается мнение, что, к примеру, кофеин ведёт к преждевременной смертности в структуре мирового населения. Однако, как полагают учёные (как зарубежные, так и отечественные), данные легенды не имеют ни малейшего научного основания.

Образовательно-просветительской площадкой с целью развеять подобный рода мифы выступил симпозиум «Энергетические напитки. Новейшие исследования безопасности и статистики употребления», прошедший в рамках Всероссийского конгресса нутрициологов и диетологов «Фундаментальные и прикладные аспекты нутрициологии и диетологии. Качество пищи».

– Не так давно Европейское агентство по безопасности продуктов питания (EFSA) провело фундаментальное исследование с целью научно-экспертной оценки безопасности употребления кофеина, – открыл мероприятие один из ведущих учёных нашей страны в области нутрициологии, руководитель лаборатории протеомного и метаболомного анализа Федерального исследовательского центра питания и биотехнологии, профессор Константин Эллер. – Наши европейские коллеги пришли к выводу, что разовая доза кофеина до 200 мг не вызывает клинически значимых нарушений у взрослого человека, в том числе и со стороны сердечно-сосудистой системы, а также не вызывает дегидратации тканей организма. Кроме того, ежедневное употребление кофеина из всех источников до 400 мг не вызывает опасения в отношении безопасности здоровья для взрослого населения за исключением беременных женщин, для которых аналогичная доза в 2 раза меньше, – сказал он.

Выходит, что, согласно заключению европейских учёных, кофеин в вышеприведённых ежедневных дозах совершенно безвреден для человеческого организма.

– Разговоры о том, что тонизирующие напитки запрещены в странах Западной Европы или США – абсолютная ложь, не имеющая под собой ни малейшего основания, – резюмировал К.Эллер.

– Когда 15 лет назад безалкогольные энергетические напитки появились в нашей стране, мы сразу это заметили и обратились в только что созданный Роспотребнадзор. Отслеживание «свежего» ассортимента является одной из наших главных задач, – рассказал генеральный директор Национального фонда защиты потребителей Александр Калинин. – В этой связи было проведено межведомственное совещание, по результатам которого было принято решение по обеспечению должного государственного контроля на этом сегменте рынка. Мы сформировали

ские реакции человека вызывает научно-практический интерес. В этой связи абсолютно понятна озабоченность общественности относительно употребления кофеинсодержащих напитков нашей молодёжью, – отметила ведущий научный сотрудник Федерального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.П.Сербского Татьяна Проскурякова. – Эта озабоченность определяется ещё и вопросом о возможном влиянии употребления таких напитков во время полового

угнетёт жизненно важные функции организма грызунов. «На основе нашего исследования в Минздраве пришли к выводу, что причины для озабоченности употреблением таких напитков отсутствуют», – заключила она.

– Спорт – идеальная ниша для использования напитков, содержащих кофеин и таурин, – заявил заведующий лабораторией спортивного питания с группой алиментарной патологии ФИЦ питания и биотехнологии профессор Роман Ханферян. – Последний, кстати го-

неральных вод Дмитрий Петров. – В этой связи, с моей точки зрения, такая острая проблема должна экстраполироваться максимально широко. Мы всегда готовы делиться с потребителями результатами серьёзных исследований, а также экспертным мнением. Необходимо понимать, что безалкогольные тонизирующие напитки являются абсолютно безопасными при их употреблении в случае соблюдения разумных доз, о которых было сказано выше.

– Статистика употребления ко-

Ситуация

Под грифом «безвредно» Тонизирующие напитки: мифы и реальность



Симпозиум в самом разгаре

национальный стандарт по методам исследования тонизирующих напитков с целью проведения независимого анализа в любой лаборатории страны. Никаких запретительных мер. Это – нарушение прав потребителя, – добавил он.

А.Калинин подчеркнул, что в течение этих лет на регулярной основе проводится самый тщательный анализ всех без исключения кофеинсодержащих напитков на федеральном уровне. «Всё находится под государственным контролем, а также под контролем гражданского общества. Даже региональные власти активно включились в этот процесс, содействуя своим коллегам-федералам», – уверил он аудиторию брифинга.

– В настоящее время кофеин не считается психоактивным веществом, вызывающим зависимость. Тем не менее воздействие кофеина на физиологические и поведенче-

созревания. К сожалению, таких исследований к настоящему моменту было проведено немного, несмотря на очевидность актуальности данной проблемы. Кстати говоря, согласно данным отечественных исследований, употребление кофеинсодержащих напитков в период полового созревания не вызывает «алкогольной мотивации» в дальнейшем, – подчеркнула она.

Наряду с этим Т.Проскурякова рассказала, что не так давно в нашей стране было проведено исследование, основными задачами которого были изучение влияния употребления тонизирующих напитков на поведение крыс, а также оценка возможных негативных последствий в этой связи, в том числе и формирование зависимости. Результаты продемонстрировали, что употребление таких напитков снижает уровень тревоги и не вызывает зависимости, а также не

воря, не имеет противопоказаний для искусственного вскармливания детей первого года жизни. Что же до спорта, то здесь необходимо удерживать метаболические процессы в организме на хорошем уровне. За рубежом проведено немало исследований, подтверждающих, что кофеин и таурин в умеренных дозах улучшают когнитивные функции, катализируют окисление жиров. С фармакологической точки зрения это совершенно безвредно для спортсменов.

– Действительно, в обществе относительно тонизирующих напитков существует много несправедливых домыслов. Во многом благодаря СМИ в сознании наших сограждан сформирован отрицательный имидж относительно данной продукции, – сказал в заключение симпозиума президент российского Союза производителей безалкогольных напитков и ми-

феина в странах Европейского союза и РФ, в том числе детьми всех возрастов и беременными женщинами, свидетельствует в пользу его безопасности. Даже дети первого года жизни употребляют кофеин во вполне значительных количествах в составе молочно-шоколадных композиций или с молоком матери, которая пила чай или кофе. Так что говорить об опасности кофеина, о необходимости его запретить или ограничить по меньшей мере странно, – выразил уверенность врач-нарколог Максим Гришин. – Время от времени СМИ приносят апокалиптические новости о тех или иных случаях употребления безалкогольных энергетиков, сопровождаемых летальным исходом, патологическим повреждением органов, отравления и т.д. Надо сказать, что именно эта информация часто служит основой принятия законодательных ограничений.

Между тем анализ медицинской и наркологической статистики РФ не выявил ни одного случая кофеиновой зависимости или причинения вреда кофеином, содержащимся в пищевых продуктах. Аналогичный обзор базы данных о пищевых отравлениях (RASSF) и наркологической базы данных ЕС не выявил ни одного достоверного случая проблемы с кофеином на фоне тысяч отравлений пищевыми продуктами или наркотиками. Таким образом, диетологи и наркологи вполне уверены в том, что проблема кофеина и безалкогольных тонизирующих напитков носит иллюзорный характер.

Марк ВИНТЕР.

Фото Олега КИРЮШКИНА.

Деловые встречи

В Ульяновске прошла межрегиональная научно-практическая конференция «Мультидисциплинарные аспекты педиатрической ревматологии».

«Ревматология на сегодняшний день – быстро развивающаяся медицинская специальность. Не всегда есть возможность получить самые современные данные исследований из литературы. Помогают в этом подобные конференции, где в компактном формате с участием различных специалистов можно обменяться и опытом, и новыми научными знаниями. Для нас очень важно донести имеющуюся у нас свежую информацию до врачей вашего региона», – сказала заведующая отделом ревматологических заболеваний детского возраста НИИ ревматологии им. В.А.Насоновой Ирина Никишина.

В конференции приняло участие более 60 врачей различных специальностей, в том числе кардиологи, ревматологи, педиатры, рентгенологи из Ульяновской, Саратовской, Самарской, Нижегородской областей, а также Республики Мордовия. Для них состоялись лекции

Вопросы и ответы детских ревматологов

Они звучали на конференции в Ульяновске

по ранней и дифференциальной диагностике артритов у детей, проблемам диагностики и лечения системного ювенильного артрита, мультидисциплинарным проблемам детской ревматологии от экспертов из Москвы, Уфы и Самары. Также специалисты смогли обсудить актуальные проблемы детской ревматологии на дискуссионных площадках.

«Конференция «Междисциплинарные подходы в педиатрической ревматологии» – достаточно важный шаг для региона по вопросу лечения детей с ревматическими заболеваниями, в частности с ювенильным артритом. Мы впервые проводим такую масштабную конференцию

с участием ведущих специалистов по детской ревматологии, которая является не просто отдельной дисциплиной, а тесно пересекается с педиатрической службой. Для лечения таких заболеваний важна диагностика на этапе первичного звена, именно поэтому мы пригласили педиатров. Своевременная диагностика ювенильного артрита и раннее назначение базисной терапии поможет избежать впоследствии инвалидности для ребёнка», – сказала главный детский кардиолог Минздрава Ульяновской области, заведующая кардиологическим отделением Ульяновской областной детской клинической больницы им. Ю.Ф.Горячева Татьяна Павхун.

В Ульяновской области с 2016 г. на базе Ульяновской ОДКБ работает школа для детей с ревматическими заболеваниями, где родителям и детям оказывают психологическую помощь, рассказывают об особенностях течения заболевания, о современных методах диагностики и лечения ювенильного артрита.

«Этот недуг, дебютирующий в возрасте до 16 лет, на сегодняшний день заболевание не редкое и по своему течению может быть очень коварным. У 30-40% детей наступает тяжёлая инвалидность в течение первых 10 лет болезни. Дети, страдающие ювенильным артритом, не в состоянии самостоятельно взять ложку, почистить зубы или обу-

ся. Постоянная мучительная боль не даёт им двигаться. Лишённые простых радостей детства, они большую часть времени проводят в стенах больниц. Но современные методы лечения позволяют вернуть к жизни абсолютно обездвиженных пациентов, что было невозможно ещё 5-10 лет назад. Сегодня достигнуты большие успехи в области детской ревматологии», – отметила заведующая консультативно-диагностическим центром Ульяновской ОДКБ Лариса Горшкова.

«Представители первичного звена получили очень важные знания по диагностике, дифференциальной диагностике и лечению как распространённых, так и редких ревматических заболеваний. Мы обязательно применим их в своей практике для того, чтобы быстро поставить диагноз, правильно распознать ревматическое заболевание у ребёнка и вовремя направить к ревматологу», – добавила заведующая поликлиническим подразделением № 1 Светлана Терентьева.

Виктория ГУРСКАЯ,
внешт. корр. «МГ».

Ульяновск.

Решения

Клеточные препараты — в правовое поле

В России регламентировано применение биомедпродуктов

Государственная Дума РФ приняла в третьем, окончательном чтении Федеральный закон № 717040-6 «О биомедицинских клеточных продуктах». «За» проголосовал 441 депутат при необходимом кворуме 226 голосов.

Проект этого закона разработан с учётом анализа международного опыта и зарубежной правоприменительной практики. Он направлен на регулирование отношений, возникающих в связи с разработкой, доклиническими исследованиями, экспертизой, государственной регистрацией, клиническими исследованиями, производством, продажей, хранением, транспортировкой, применением, уничтожением, ввозом в Россию, вывозом из страны биомедицинских клеточных продуктов для профилактики, диагностики и лечения заболеваний (состояний) пациента, сохранения беременности и медицинской реабилитации пациента. Закон призван также регулировать донорство биологического материала в целях производства биомедицинских клеточных продуктов.

Впервые на законодательном уровне определяются понятия «биомедицинский клеточный продукт», «клеточная линия», «дифференцировка клеток», «донор биологического материала», «безопасность биомедицинского клеточного продукта», «эффективность биомедицинского клеточного продукта» и другие понятия, принципиально важные для осуществления обращения биомедицинского клеточного продукта.

Определены права и обязанности субъектов обращения биомедицинских клеточных продуктов — физических лиц, в том числе индивидуальных предпринимателей, и юридических лиц, осуществляющих деятельность при обращении биомедицинских клеточных продуктов.

Законодательным актом предусмотрен государственный кон-



Экспертиза биомедицинских клеточных продуктов должна быть очень тщательной...

троль (надзор) в сфере обращения биомедицинских клеточных продуктов, который включает в себя лицензионный контроль в сфере производства биомедицинских клеточных продуктов и федеральный государственный надзор в сфере их обращения. Указанный продукт будет использоваться в целях диагностики, лечения и профилактики заболеваний с непосредственным введением в организм человека, что при неправильном использовании может привести к существенному ущербу для здоровья человека.

В целях обеспечения безопасности и эффективности применения биомедицинского клеточного продукта предусмотрено проведение его биомедицинской экспертизы. При этом экспертному учреждению и совету по этике даётся конкретное задание на проведение биомедицинской экспертизы биомедицинских клеточных продуктов в рамках выполнения государственного задания на проведение соот-

ветствующих работ. Функции экспертного учреждения предусмотрено возложить на действующее федеральное государственное бюджетное учреждение, что позволит минимизировать затраты на организацию специальных условий и проведение экспертизы.

Введён запрет на создание эмбриона человека в целях производства биомедицинского клеточного продукта, а также на использование для разработки, производства и применения биомедицинских клеточных продуктов биоматериала, полученного с прерыванием или нарушением процесса развития эмбриона и плода человека. В то же время вводятся нормы, позволяющие производить и использовать в медицинской деятельности персонифицированные (аутологичные) биомедицинские клеточные продукты, содержащие собственные клетки пациента.

Определяются условия получения биологического материала у донора для производства биомедицинского клеточного

продукта. При этом одним из принципов осуществления деятельности в сфере обращения таких продуктов является добровольность и безвозмездность предоставления донором своего биологического материала. Установлено, что донором такого материала является дееспособный совершеннолетний гражданин. В случае если он ограниченно дееспособен, недееспособен либо несовершеннолетний, его биологический материал может использоваться только для аутологичного донорства. Данное ограничение вводится для предупреждения незаконного оборота биологического материала в целях производства биомедицинских клеточных продуктов.

Принятие законопроекта и проведение комплекса мероприятий по его реализации направлены на развитие сектора биомедицинских технологий в Российской Федерации.

«Это очень серьёзный этап — Россия вошла в число стран, в которых есть законодательство в области регулирования производства и обращения биомедицинских клеточных продуктов», — считает заместитель председателя Комитета Госдумы РФ по охране здоровья Николай Герасименко. — Мне довелось выступать перед депутатами от имени фракции «Единая Россия» с просьбой поддержать принятие законопроекта и в итоге все присутствующие в зале парламентарии проголосовали единогласно. Этот закон готовился в течение примерно 5 лет, самым длительным периодом была подготовка к его второму чтению. Теперь весь оборот клеточных препаратов войдёт в правовое поле, а те организации, например косметические салоны, которые раньше рекламировали использование стволовых клеток на свой страх и риск, будут знать, как легально работать на этом рынке.

Константин ШЕГЛОВ, обозреватель «МГ».

Профилактика

Родинка анфас и в профиль

Традиционный Всемирный день борьбы со злокачественными новообразованиями кожи в Красноярском краевом клиническом онкологическом диспансере им. А. И. Крыжановского перерос в полугодие. Как пояснили в КККОД, число жителей региона, обеспокоенных пятнами на своей коже и желающими проконсультироваться со специалистами, оказалось значительно больше, чем предполагали сами онкологи.

Собственно, и форма акции по своевременному распознаванию рака кожи была в этот раз нетрадиционной: красноярцам предложили прислать на электронный адрес онкодиспансера фотографии тех подозрительных пигментных пятен, родинок и бородавок, которые растут, меняют цвет, форму, очертания или имеют выделения. Фото должны быть сделаны без вспышки, с близкого расстояния, с линейкой рядом. Также к ним следует приложить заполненную анкету. Если, просмотрев снимки и прочтя анкету, специалисты имели основания заподозрить у человека серьёзную проблему, ему направляли ответное письмо с указанием дальнейших действий, то есть назначали консультацию и обследование.

В течение первого месяца акции — с 25 апреля по 23 мая 2016 г. — врачи получили 343 письма, после тщательного изучения которых 200 пациентам рекомендовано было наблюдение или лечение по месту жительства. 143 человека приглашены были на очную консультацию в онкодиспансер.

По итогам акции выявляемость злокачественных новообразований среди её участников составила 6,1%, что говорит об исключительной эффективности мероприятия, — подчёркивает главный врач КККОД Андрей Модестов. — Никогда ещё наши профилактические проекты не проходили так плодотворно, как этот. С одной стороны, мы очень довольны проведённым осмотром, а с другой стороны, опечалены тем фактом, что люди так поздно начинают уделять себе внимание. Например, у одной из пациенток с выявленной меланомой заболевания уже на IV стадии. Поэтому мы планируем и дальше регулярно организовывать подобные события для своевременного выявления онкопатологий кожи.

Дальше — это как минимум до конца лета, уточняют в диспансере. Портреты родинок сюда продолжают поступать.

Елена БУШ, соб. корр. «МГ».

Красноярск.

Умрота

«Дорога к хирургии оказалась очень длинной и тернистой. Не каждому хирургия отвечает взаимностью. Лишь тот достигает цели, кто уделяет ей много внимания, как женщине. Это особая любовь, требующая полной отдачи. Хирургия постепенно открывает свои тайны. И каково бывает счастье хирурга, когда он даёт вторую полноценную жизнь человеку...» (В.А.Журавлёв «Исповедь»).

Валентин Андреевич Журавлёв — выдающийся врач, уникальный учёный и талантливый организатор здравоохранения. Именно под его руководством в 1987 г. был организован медицинский институт (академия) в Кирове, его силами формировался коллектив научно-педагогических работников, создавалась и развивалась материально-техническая база института. В.А.Журавлёв является созда-

Памяти врача, ученого, ректора



телем школы хирургов-гепатологов. Основное направление его научно-практической деятельности — трансфузиология в хирургии, хирургическая гематология и хирургия очаговых поражений печени. При хирургической клинике Кировского НИИ гематологии и переливания крови в 1983 г. им создан Зональный центр хирургии печени Минздрава России. Под его руководством подготовлено 7 докторов и 38 кандидатов медицинских наук. Результаты научных исследований В.А.Журавлёва обобщены в 17 монографиях и в многочисленных публикациях (более 400 статей). В соавторстве с коллегами В.А.Журавлёвым написаны 5 руководств и учебников по хирургии. Им получено 10 патентов на изобретения.

Отдавая себя полностью развитию института и науке, В.Журавлёв ни на минуту не оставлял практическую хирургию. На счету Валентина Андреевича тысячи спасённых жизней и благодарных пациентов. О Журавлёве по праву можно сказать, что он всего себя отдавал людям, им посвятил свою жизнь.

Валентин Андреевич Журавлёв — лауреат Государственной премии, заслуженный деятель науки РФ, заслуженный врач России, член-корреспондент РАН, почётный гражданин города Кирова и Кировской области, награждён орденом Трудового Красного Знамени, орденом «За заслуги перед Отечеством» IV степени, удостоен премии Святого апостола Андрея Первозванного.

В мае 2016 г. Валентин Андреевич ушёл из жизни. Медицинская и научная общественность понесла огромную утрату. Имя его навсегда сохранит история отечественной хирургии. Светлая память о нём навсегда останется в наших сердцах. Его ученики и последователи продолжат дело, которому отдал жизнь доктор Журавлёв.

Жизненный путь В.Журавлёва — человека, преданного своему делу всей душой, — настоящий пример для студентов, избравших профессию врача. Его энергия, жизненное стремление добиться поставленных целей вдохновляли всех, кто был знаком с ним. Лучшей наградой учителю является память о нём в сердцах его учеников. Мы всегда будем помнить Валентина Андреевича, пока живы.

Коллектив Кировской государственной медицинской академии.

Исследования

«Солнцезащитный» ген

Исследовательской группе из Университета Южной Калифорнии (США) удалось обнаружить ген, присутствие которого в геноме защищает человека от ультрафиолетового облучения и, возможно, способно предотвратить развитие рака кожных покровов.

Известно, что более 90% случаев меланомы связано с повреждениями ДНК, возникающими в результате действия ультрафиолета. За последние 30 лет смертность от меланомы выросла в 2 раза. Доктор Шенгю Лианг и её коллеги изучили функции гена UVRAG, обнаруженного около двух десятилетий назад.

Его мутация приводила к тому, что люди становились гиперчувствительны к ультрафиолету — они

страдали пигментной ксеродермой. Впрочем, какую роль этот ген выполняет у здоровых людей, до недавнего времени было неясно.

Авторы изучили данные о 340 пациентах, страдавших меланомой, а кроме этого в исследовании приняли участие люди, у которых уровень экспрессии изучаемого гена был снижен либо в клетках присутствовала мутация, затрагивающая этот ген. В качестве контроля использовались клетки меланомы, несущие нормальную копию гена.

У всех участников были взяты фрагменты опухолевых тканей. Клетки подвергались однократному облучению ультрафиолетом. Оказалось, что в том случае, если в геноме присутствовала нормальная копия изучаемого гена, это позволяло исправить почти поло-

вину повреждений ДНК, вызванных ультрафиолетом. У носителей мутантного гена получилось «починить» менее 20% повреждений.

Полученные данные указывают на то, что присутствие «солнцезащитного гена» действительно может в какой-то степени защищать от ультрафиолета. Продукт этого гена косвенно участвовал в процессе репарации, обнаруживая повреждение, координируя процесс устранения повреждений.

Исследователи планируют провести более масштабные эксперименты, а в перспективе — разработать новые препараты, предназначенные для людей, входящих в группу риска развития меланомы.

Борис БЕРКУТ.

По информации medicaldaily.com

Ракурс

Загадочная находка

Внутри крошечного деревянного саркофага, хранившегося в Музее Фицуильяма в Кембридже (Великобритания), был обнаружен человеческий эмбрион, возраст которого от 16 до 18 недель.

Ранее исследователи предполагали, что в саркофаге, размер которого сопоставим с обувной коробкой, находились отдельные внутренние органы взрослого человека. Проведя рентгенографическое исследование, они выяснили, что в нём был погребён человеческий зародыш. Саркофаг был найден во время раскопок в Гизе ещё в 1907 г. Находящаяся внутри мумия была завернута в погребальный саван и залита чёрной смолой.

Находке около 2 тыс. лет. Обнаруженный мумифицированный

эмбрион — самый юный из всех когда-либо найденных. Ранее два эмбриона были изъяты из гробницы Тутанхамона — точный возраст зародышей неизвестен, предполагается, что они погибли между 25 и 37 неделями беременности.

Учёные не только изучили содержимое саркофага с помощью рентгена, но и провели компьютерную томографию. Пол эмбриона установить не удалось, но исследователи смогли хорошо рассмотреть кости верхних и нижних конечностей, а также пальцы рук и ног. Каких-либо отклонений в развитии скелета, которые могли бы привести к гибели зародыша на столь раннем сроке обнаружено не было.

Генрих ВЕРНЕР.

По информации telegraph.co.uk

Угроза

Как известно, употребление табака является одной из самых значительных угроз для здоровья, когда-либо возникавших в мире. По данным Всемирной организации здравоохранения, оно ежегодно приводит почти к 6 млн случаев смерти. Для снижения спроса и интереса к табачным изделиям ВОЗ призывает страны подготовиться к использованию стандартизированной упаковки.

Так, по данным ВОЗ, каждые 6 секунд из-за повреждений организма вследствие употребления табака умирает примерно 1 человек, то есть происходит каждый десятый случай смерти среди взрослых людей. Если не принять срочные меры по предотвращению распространения табакокурения, то, по прогнозам ВОЗ, число ежегодных случаев смерти от табака к 2030 г. может превысить 8 миллионов. Всемирная организация здравоохранения и секретариат Рамочной конвенции по борьбе против табакокурения призывает страны к проведению политики по уменьшению масштабов этой пагубной привычки среди населения.

Дела табачные...

Простая упаковка табачных изделий предполагает отказ или ограничение в использовании логотипов, цветов, изображений табачных марок или пропагандисткой информации на упаковке. Исключениями являются только торговые наименования и наименования изделий, изображённые стандартным цветом и гарнитурой.

«Простая упаковка является важной мерой для снижения спроса, поскольку она делает табачные изделия менее привлекательными, ограничивает использование табачной упаковки в целях рекламы и стимулирования продажи та-

бака, ограничивает использование вводящей в заблуждение упаковки и маркировки и повышает эффективность предупреждений об опасностях для здоровья», - подчёркивают эксперты ВОЗ.

Первой страной, которая в полной мере ввела простую упаковку в использование, стала Австралия, принявшая закон об упаковке ещё в декабре 2012 г. В прошлом же году переход на простую упаковку поддержали Ирландия, Объединённое Королевство Великобритании и Северной Ирландии, а также Франция. В этих странах законы о введении простой упаковки вступили в силу весной нынешнего года.

Ян РИЦКИЙ.

По информации asi.org.ru

Однако

В индийской маске

Национальный директорат по борьбе с коррупцией Румынии предъявил обвинение во взяточничестве 77 специалистам-онкологам. Предполагается, что все они получали взятки от индийской фармкомпании за то, что прописывали своим пациентам препараты её производства. Общая сумма взяток превысила 500 тыс. евро.

Сообщается, что в марте 2012 г. индийская фармкомпания оплатила 77 румынским онкологам отдых с семьями в Индии, замаскировав это под поездку на конгресс по раку молочной железы в Бангалоре. Однако обвиняемые вместе с семьями проживали в отелях в Дели, который находится на расстоянии 2 тыс. км от места проведения форума.

Всего фармкомпания потратила на румынских онкологов 520 тыс. евро. Из них 420 тыс. можно считать взятками. Сообщается, что на подкуп компания пошла для того, чтобы закрепиться на рынке противораковых препаратов, так как он отличается высокой конкуренцией. Кроме того, стало известно, что препараты прописывались в дозах, превышающих разрешённые по закону.

Валентин СТАРОСТИН.

По сообщению ВВС.

Взгляд

Инфаркты миокарда в острой и подострой фазах, не сопровождающиеся типичными симптомами, встречаются чаще, чем можно представить. Основная опасность такого инфаркта заключается в том, что пациенты не знают о нём и, соответственно, не проходят необходимое в этом случае лечение, которое могло бы помочь предотвратить повторный инфаркт.

Учёные из США выяснили, что такой инфаркт поражает мужчин и женщин с разной частотой, и его последствия для представитель разных полов также различны.

Авторы исследования проанализировали данные примерно о 10 тыс. пациентов среднего возраста. Их основная часть была собрана в период с 1987 по 1989

Немой киллер

г. в рамках проекта, посвящённого оценке риска возникновения атеросклероза, однако ряд дополнительных обследований проводился вплоть до 2013 г.

У 317 пациентов был диагностирован бессимптомный инфаркт миокарда, который удалось выявить лишь в ходе проведения электрокардиографического обследования, а у 386 данная форма сопровождалась симптомами, формирующим острый коронарный синдром и «статус ангинозус».

Что характерно, у мужчин оба вида инфаркта случались значительно чаще, чем у женщин, однако для женщин бессимптом-

ный инфаркт чаще оказывался губительным. Удалось выявить и расовые различия: мужчины с белой кожей чаще страдали от инфаркта, чем темнокожие.

Более ранние исследования, проведённые другой командой американских учёных, также подтвердили, что бессимптомные инфаркты чаще поражали мужчин, чем женщин. Кроме того, риск «молчаливого» инфаркта был существенно увеличен у тех, кто страдал избыточной массой тела, курил и принимал гипотензивные препараты.

Алина КРАУЗЕ.

По информации MedicalDaily.

Ну и ну!

Вкусный яд

Британские эксперты призывают не употреблять в пищу абрикосовые косточки, хотя те полны питательными веществами. В косточках были обнаружены высокие уровни цианида, а это чистый яд. В последнее время абрикосовые косточки стали особо популярными. Например, перемолотые косточки даже продаются как средство, помогающее бороться с раком.

В косточках от природы много витамина В17. Однако при их потреблении происходит накопле-

ние цианида уже вследствие расщепления компонентов косточки. Как показали исследования, если

за раз съесть 10-15 косточек, то можно столкнуться с побочными эффектами вроде онемения пальцев. А вот 30 косточек уже могут убить.

Цианид провоцирует тошноту, лихорадку, головные боли, бессонницу, нервозность, мышечные боли и снижение давления. В отдельных случаях он убивает.

Олег КИРИЛЛОВ.

По материалам Xinhua.

Идеи

Британская компания Bomras and Parr заявляет, что разработала первый в мире джин с антивозрастными свойствами. Этот алкогольный напиток имеет в составе коллаген, способный произвести омолаживающий эффект.

Джин из бутылки

Новый джин — альтернатива капсулам с коллагеном. Известно, что коллаген один из самых популярных продуктов в индустрии красоты. И последнее время, помимо привычных таблетированных БАДов, распространение стали получать «напитки красоты». Только все они были безалкогольные.

Коллаген важен для кожи. Он делает её более гладкой и убирает морщины, борется с повреждениями, вызванными солнцем, тормозит формирование шрамов и разглаживает целлюлит. С возрастом его запасы значительно истощаются. Новый алкогольный напиток с крепостью в 40% называется AntiAGin. Он сочетает в себе ромашку и чайное дерево. Также в составе можно найти гаммелис, крапиву, можжевельник, кориандр и корень дягиля.

Игорь ОРЛИКОВ.

По материалам The Times of India.

Лучшая в Азии

Характеризуя систему здравоохранения Сингапура, достаточно сказать, что именно она была взята как модель для подражания администрацией Президента США Обамы для реформирования своего здравоохранения. Ведь, по данным ВОЗ, она признана лучшей в Азии и одной из лучших в мире, опережая такие страны, как Германия, Израиль, Швейцария и те же США.

Правительственный орган – Министерство здравоохранения Сингапура – несёт ответственность за обеспечение доступности медицинских услуг для всех граждан Сингапура и контроль их качества.

Функцию контроля над безопасностью и качеством медицинских препаратов и оборудования выполняет специальная организация – Инспекция здравоохранения (Health Science Authority). Что касается подготовки кадров, то после базового медицинского образования большинство сингапурских врачей проходят курс клинической ординатуры в ведущих клиниках и специализированных центрах США и Европы.

Инфраструктура здравоохранения Сингапура состоит из государственных и частных медицинских учреждений. Качество медицинской помощи в них одинаково высокое, разницу можно обнаружить лишь в уровне сервиса и комфорта.

Государственные медучреждения предназначены, прежде всего, для предоставления субсидируемых правительством медицинских услуг гражданам Сингапура и тем, кто имеет вид на жительство. Иностранцы же, работающие в стране, могут рассчитывать на получение страховки от работодателя либо покупать её самостоятельно. Кстати, повседневные медицинские услуги являются вполне доступными, даже если вы не имеете какого-либо медицинского страхования. Но на случай возникновения серьёзных заболеваний медицинская страховка необходима.

На острове имеется сеть из 18 амбулаторных поликлиник и порядка 2 тыс. частных медицинских кабинетов; 7 государственных больниц, из них 5 – общего профиля, которые обеспечивают также круглосуточную неотложную помощь, клиника для женщин и детей и психиатрическая больница; 6 национальных центров различных профилей: онкологический, сердечно-сосудистый, неврологический, офтальмология, стоматология, болезни кожи.

Стоит ещё отметить, что в больницах государственного сектора, хотя они полностью принадлежат правительству, действуют частные компании с ограниченной ответственностью, для того, чтобы конкурировать с частным сектором в плане сервиса и качества.

Как итог деятельности хорошо отлаженной системы средняя продолжительность жизни в Сингапуре составляет для мужчин 79 лет, для женщин – 83 года.

Пионер современной медицины

Достижения сингапурских медиков – это множество открытий и новаторских начинаний в различных областях медицины.

Именно сингапурские врачи впервые в мире провели эндоскопическую операцию без единого разреза с помощью созданного в клинике робота через ротовую полость пациента (2011). Здесь разработана новая техника лечения дегенеративного плоскостопия у взрослых (2012): с помощью миниинвазивной хирур-



Сказочная страна Сингапур

А как у них?

Что мы знаем о Сингапуре

В частности, о медицинских достижениях этого города-государства

Ещё более точное определение удивительной страны в Юго-Восточной Азии – остров-город-государство, с длиной береговой линии 193 км и площадью на данный момент 716,1 км². Почему «на данный момент»? Потому что он планомерно увеличивает её путём намывных территорий.

Исторически осколок Британской империи события XX века «прибивали» к берегам то Японии, то Малайзии, пока в 1965 г. он не провозгласил свою независимость. В тот момент это была маленькая бедная страна, которой приходилось импортировать даже пресную воду и строительный песок. Мудрое руководство отца-основателя, как называют Ли Куан Ю сингапурцы, руководившего страной без малого 30 лет, привело к тому, что к своему 50-летию юбилею Сингапур представляет собой динамичное государство, занимающее высокие позиции в международных рейтингах по комфортности жизни, качеству образования и здравоохранения. Произошедшие перемены вошли в историю как «сингапурское экономическое чудо», и нынче островное государство входит в десятку самых богатых стран мира. Благодаря конструктивной внешней политике налажены взаимовыгодные отношения со многими странами мира, в том числе с Россией.

гии удлинено ахиллово сухожилие и имплантирован специально разработанный штифт, который предотвращает дальнейшее уплощения свода стопы. Сингапурские учёные первыми в мире успешно воссоздали клетки человеческой почки из эмбриональных стволовых клеток in vitro без использования клеток животных или человеческих тканей (2013). В Сингапуре были проведены первые клинические испытания перспективной вакцины против основных разновидностей рака на людях с обнадёживающими результатами.

Список можно продолжать ещё и ещё. Но стоит добавить, что высокое положение сингапурской медицины подтверждается многочисленными наградами и званиями по авторитетным международным оценкам: первое место в списке стран с самой эффективной системой здравоохранения; второе место в мире по результативности и стоимости лечения; четвёртое место в мире и первое в Азии по количеству медицинских туристов; шестое место в мире и первое в Азии по качеству медицинского обслуживания и т.д.

Страна постоянно инвестирует значительные суммы в подготовку квалифицированных медицинских специалистов, закупку современного оборудования для лабораторных и исследовательских центров, и это делает её мощным медицинским узлом, куда стремятся учёные, исследователи, а также пациенты.

В международном партнёрстве

Одно из передовых медицинских учреждений Сингапура – Азиатско-Американская медицинская группа (AAMG) работает совместно с Медицинским центром Университета Питтсбурга, который является пионером в об-



Тан Кай Чан

ласти трансплантологии. Это сотрудничество расширило клинические возможности AAMG благодаря общим протоколам, строгим стандартам качества и технологий.

В состав группы входят два подразделения: центр печени и центр лучевой терапии. Азиатско-американский центр печени основан в 1994 г. и занимается лечением всех типов болезней печени, поджелудочной железы и желчных протоков у взрослых и детей. Его руководитель – хирург гепатобилиарной системы и трансплантолог доктор Тан Кай Чан (Tan Kai Chah), который является одновременно и исполнительным председателем AAMG, – один из пионеров в области операций по пересадке печени у взрослых и детей. Он первым провёл сплит-трансплантацию печени, комбинированные пересадки печени-почки и сердце-печень. На сегодняшний день в центре выполнено более 230 трансплантаций печени от живого донора. Доктор Тан Кай Чан также помог коллегам начать программу по пересадке печени в госпитале Королевского колледжа Лондона (Великобритания).

Исполнительный директор группы AAMG г-н Черинджит Шори (Cherinjit Shori) подчёркивает, что больные высоко оценивают лечение в AAMG, так как многопрофильная медицинская помощь обеспечивается за счёт богатого клинического опыта, технологических инноваций и индивидуального подхода к уходу за пациентом.

Даниэль Тан Ят Харн (Daniel Tan

Yat Harn), врач-онколог и медицинский директор Азиатско-американского центра лучевой терапии, в свою очередь, подтверждает, что технологический прогресс в его стране позволяет клиникам и высокопрофессиональным медицинским специалистам Сингапура в полной мере реализовывать международные протоколы лечения пациентов. И хотя центр ещё совсем молодой – основан в 2015 г. – команда клинических онкологов, прошедших обучение в США и Великобритании, имеет здоровые амбиции стать ведущим центром онкологической сети в Азии. Одной из своих задач



Даниэль Тан Ят Харн

они видят обеспечение доступности лучевой терапии максимального большего числу пациентов. На сегодня этот показатель в Сингапуре составляет 80%.

Онкологическое лечение всегда мультидисциплинарно и включает работу диагностов, терапевтов, хирургов и, конечно, радиологов. Специализированная лучевая терапия – конёк доктора Тан Ят Харна. По стереотаксической лучевой терапии он проходил повышение квалификации в ведущих клиниках мира, развивал это направление в Сингапурском национальном центре рака, руководил соответствующим проектом по обучению специалистов данной технологии в странах Азиатско-Тихоокеанского региона, а затем был приглашён в качестве эксперта-консультанта по этой методике в Вену.

Стереотаксическую лучевую терапию, говоря современным языком, можно назвать продви-

нутой формой лучевой терапии. Она очень точна при своём воздействии на опухоль, потому что умеет подстраиваться под движение, то есть дыхание пациента, соответственно сводит к минимуму побочные эффекты. Достаточно 1-5 процедур вместо 30. А по словам доктора Тан Ят Харна, у себя в центре они умеют справляться с опухолью у большинства пациентов и за одну процедуру.

В особых случаях при опухолях головного мозга сингапурским онкологам помогают японские коллеги – налажено партнёрство

с клиникой протонной терапии в Нагано. Аналогичный центр в Сингапуре планируется открыть при поддержке правительства в 2020 г.

Кроме того, в AAMG осуществляются скрининговые онкологические программы и генетические тесты для определения предрасположенности к злокачественным новообразованиям.

Есть партнёры у AAMG и в России. Помимо того, что в одном из центров комплексной высокотехнологичной медицинской диагностики можно пройти любое из современных высокоточных исследований – КТ, МРТ, УЗИ, широкий спектр анализов, при необходимости можно переслать результаты в Сингапур с помощью технологий телемедицины для получения «второго мнения». Российский врач и пациент могут обсудить все медицинские вопросы с сингапурским доктором в режиме реального времени, выработать совместный план лечения и курации.

К сожалению, ещё бывают такие моменты, когда наша отечественная медицина разводит руками и рекомендует пациенту помощь зарубежных коллег. Ещё чаще наши отечественные больные, из тех, кто имеет материальные возможности (им не важно, что дома дешевле), сами решают, что там, дескать, надёжнее, там лучше сервис – бывает и так. Что ж, на такой выбор каждый имеет право.

* * *

По данным Совета по туризму Сингапура, эту страну ежегодно посещают десятки тысяч российских туристов. Сколько среди них медицинских – такими данными он пока не располагает, но имеет цель позиционировать Сингапур как место, обязательное для посещения, предлагающее огромное количество незабываемых впечатлений. И одно из таких наверняка может произвести аэропорт Сингапура Чанги, кстати, возведённый на намывной территории. Ведь как театр начинается с вешалки, поликлиника – с регистратуры, так страна начинается с аэропорта. Транзитным пассажирам там предоставляют возможность воспользоваться бесплатным туром продолжительностью 2,5 часа и даже проездом увидеть эту удивительную страну. И лучше, конечно, глазами туриста, немедицинского.

Нина АЛЕКСЕЕВА.

История полна загадок и парадоксов. Подчас она выкидывает и вовсе немислимые шутки. Кто не слышал про легендарного революционера Эрнесто Гевару, которого соратники звали Че? А вот предком самого знаменитого команданте XX века был... вице-король Новой Испании Дон Педро Кастро-и-Фигероа! Правда, с материнской стороны дедом был уже лидер Аргентинской радикальной партии, Хуан Мартин Ла Серна. «Че Геварой» он стал много позже, а называли его в честь отца, инженера и неудачливого предпринимателя Эрнесто Гевары Линча.

Всё начиналось с бронхов...

Эрнесто Гевара, правильнее Ernesto Guevara de la Serna, родился 14 июня 1928 г. и едва не погиб ещё в младенческом возрасте, заболев бронхопневмонией, но, к счастью, выжил. В мае 1931 г. после купания в реке он заболел бронхитом, который принял затяжное течение. Один доктор поставил диагноз «хронический спастический катар бронхов», аналог современного ХОБЛ, а другой врач определил бронхиальную астму. Говорят, что одними из первых слов, которые начал произносить малыш Эрнесто, были «инъекция» и «укол». Он уже тогда знал, что, когда начинается приступ, единственное, что может его спасти, это инъекция раствора адреналина. Крестный путь Че Гевары был обозначен. Болезнь Эрнесто была причиной перемены семьёй места жительства – в 1933 г. они переехали в город Альта Грасия в Кордове, где его лечащим врачом стал доктор Феррер.

К 1936 г. астма приняла уже такое тяжёлое течение, что Эрнесто начали проводить кислородотерапию (его отец пишет о баллоне кислорода, но, скорее всего, это была кислородная подушка). Именно в это время «началась его личная «война» против ограничений, накладываемых астмой». Этому сражению предстояло продолжаться всю оставшуюся жизнь Гевары. В этом, как и во многом другом, Эрнесто походил на свою мать, а именно «в поиске опасностей и стремлении доходить в жизни до крайности». Астма не позволила нормально учиться: он посещал школу не более двух лет, а остальная учёба проходила дома. Примечательно, что окружающие на перебой предлагали родителям Эрнесто «вернейшие» средства от астмы. Все эти народные методы исправно применялись в жизни: он спал, обложившись мешками с песком, пил разнообразные травяные настои, терпеливо переносил разные ингаляции. Родители следовали советам разных врачей и шарлатанов. «Мы использовали все лекарственные средства отечественного производства, покупали и пробовали любую панацею от астмы, которую только рекламировали в газетах, – вспоминал отец Че Гевары. – Как только я слышал о чём-нибудь подобном, например о травяном чае или смеси из сорняков, так сразу же давал средство Эрнесто». Все эти экзекуции помогали слабо, если помогали вообще. Гевару беспокоила постоянная одышка, и даже в футбол он играл как вратарь, ведь болезнь

Болезни великих

Эрнесто Гевара:

«Я люблю мой ингалятор больше, чем пистолет...»

Вчера исполнилось 88 лет со дня рождения доктора и революционера Эрнесто Гевары де ла Серна

не позволяла ему бегать. Зато он много читал и научился обращаться с пистолетом в 5 лет...

Странности лечения

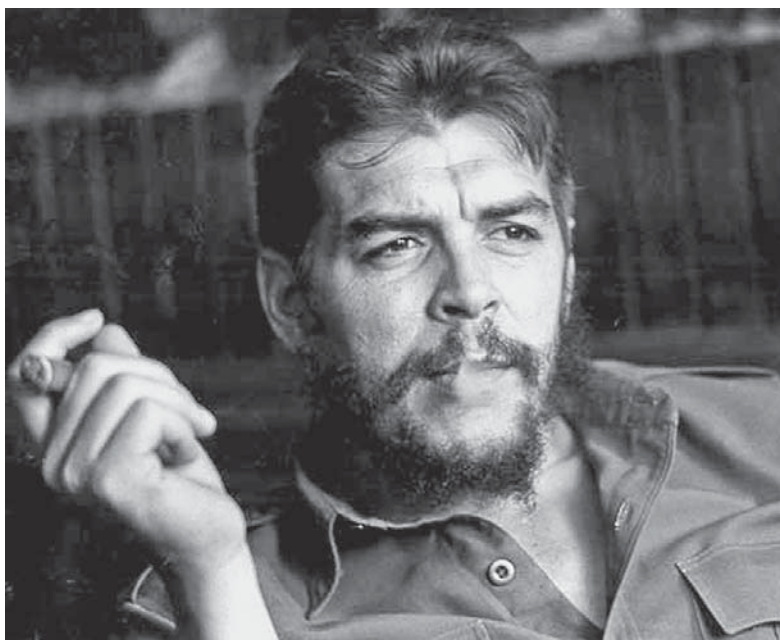
Астма, однако, не отступала, и Эрнесто настойчиво «лечили»: приглашали колдуна, укладывали к нему в постель... кота (весьма странный способ излечиться от болезни лёгких). Были, правда, и рациональные идеи. Так, из дома убрали все драпировки и ковры, хлопчатобумажное бельё сменили на нейлоновое и льняное, часто делали влажную уборку. Со двора были изгнаны все собаки, кошки и домашние птицы. Эрнесто начал заниматься дыхательной гимнастикой и плаванием. Но в дальнейшем у астмы Эрнесто оказалась и ещё одна составляющая: холодная вода провоцировала приступы!

Примечательно одно обстоятельство: если болезнь самого Эрнесто существенно повлияла на его характер, то болезнь близкого человека определила его профессию! Его бабушка перенесла инсульт с гемипарезом, и в течение двух недель Эрнесто активно ухаживал за ней. Именно это определило его судьбу – он поступил на медицинский факультет Университета Буэнос-Айреса. Была у будущего революционера и ещё одна особенность. Молодой Эрнесто Гевара совершенно не обращал внимания на свой внешний вид. Он носил непарные ботинки, мятые брюки. Постирав свою нейлоновую рубашку, одевал её влажной, и она высыхала прямо на нём. Но это было мелочью, а вот его увлечение регби было довольно опасной затеей, поэтому по кромке поля во время игры бегал приятель Эрнесто с ингалятором в руке (стоит заметить, что портативные ингаляторы тогда были уже в Аргентине, но не в СССР).

Приобщаясь к медицине

В 1950 г. Эрнесто Гевара начал медицинскую практику: он стал фельдшером на грузовых и нефтеналивных судах, а покинув флот, стал помощником видного аргентинского аллерголога Сальвадора Писани. Эта работа едва не привела к трагедии: работая без фильтра с инфицированным материалом, Эрнесто заразился непонятной инфекцией и едва не погиб.

Известная тяга к приключениям заставила Эрнесто с друзьями отправиться в путешествие по Латинской Америке. Во время пребывания в Перу приятелей арестовали, и прямо в полицейском участке у Гевары развился тяжелейший приступ астмы, который купировался только после повторной инъекции адреналина. Но тяга к риску у него всё



же осталась – он познакомился с известным специалистом по проказе, доктором Уго Пессе и по его протекции 10 дней провёл в лепрозории. Потом он ещё раз проделал этот рискованный эксперимент, а после этого ухитрился переплыть Амазонку, покрыв, с учётом сноса, две с половиной мили. Практически в каждой стране, которую посещал тогда Эрнесто Гевара, у него возникали приступы астмы, порой не одиножды.

Первые годы после окончания университета (в 1952 г. он получил степень доктора медицины) Гевара провёл в скитаниях по Латинской Америке, тщательно пытаясь стать врачом, пока мексиканский врач Марио Саласар Мальен не предложил ему интернатуру по аллергологии в муниципальной больнице Мехико, правда без зарплаты. Любопытно, что ещё совсем не проявивший себя как врач Гевара начал писать книгу «Роль врача в Латинской Америке». Наряду с этим он пишет работу «Кожные пробы при пищевой аллергии», которая в 1955 г. была представлена на аллергологической конференции в Веракрусе и напечатана в сборнике научных трудов по её итогам.

Две его работы – о пищевых аллергенах и о влиянии гистамина на матку кошки – привлекли внимание врачебной общественности. В это время его профессиональный статус повысился до ассистента «преподавателя практической физиологии в старой медицинской школе». Сам Гевара говорил: «Я провожу 24 часа в сутки в разговорах о болезнях и их лечении (хотя, конечно, ничего не лечу)». В 1955 г. Гевара откровенно назвал себя «научным неудачником». В это время его интересы меняются, но он продолжает писать свою книгу «Роль врача в Латинской Америке». Предполагалось, что труд будет состоять из 14

глав, где должно было говориться о «социалистическом будущем» медицины в Латинской Америке. Но книга так и не была закончена. Научные студии Эрнесто Гевары по крайней мере дали полезный результат для него самого: он стал придерживаться элиминационной диеты, исключив из рациона рыбу, курятину и яйца – общепризнанные источники пищевой аллергии. И ещё один важный момент: аргентинские врачи (Аргентина отнюдь не была медицинской Меккой того времени) уже тогда знали, что пища не сама по себе является аллергеном, а становится таковой в процессе пищеварения. Именно поэтому работы Гевары посвящались изучению аллергенных свойств «полупереваренной» (обработанной пепсином и соляной кислотой) пищи.

По мере того как ослабевал интерес Гевары к науке, у него появлялись другие увлечения – в 1955 г. он начал изучать русский язык, а вскоре познакомился с Фиделем Кастро. Поскольку тот не скрывал своих планов по захвату власти, Эрнесто Гевара, будучи революционером в душе, без размышлений проникся этой идеей. Он начал интенсивно тренироваться (рукопашный бой – «вольная борьба, немного карате, падения и страховки, удары ногами, подъём на стены», стрельба, альпинизм), перестал есть хлеб и макароны, пытаясь похудеть. Но давались ему нагрузки нелегко: одышка часто прерывала занятия. Приблизительно в это время он получил прозвище «Че», что-то вроде «Эй, симпатяга».

Вот так вот вместо доктора появился майор Че Гевара. Он по-прежнему доводил себя до изнеможения, да к тому же ещё и курил как паровоз (однажды для него изготовили сигару длиной в полметра). В конце 50-х он перенёс пневмонию, и тогда же некий доктор Конрадино Паланко при рентгенографии обнаружил у Че Гевары «двойную эмфизему правого лёгкого» (что странно, неужели слева эмфиземы не было?). Сальвадор Альенде, будущий чилийский президент и врач, описывал Че Гевару в это время как человека «с пронзительным взглядом и ингалятором в руке».

После революции Че занимался аграрной реформой, был послом по особым поручениям, председателем Кубинского национального банка, министром промышленности (сразу вспоминается фельдшер Г.К.Орджоникидзе, ставший наркомом тяжёлой промышленности), но в душе оставался революционером и... авантюристом! Потом были попытки разжечь «пламя революции» в Африке, Латинской Америке, экспедиция в Боливию. И – мученическая смерть... Но Эрнесто Че Гевара для нас, пожалуй, единственный в истории больной бронхиальной астмой, столько совершивший вопреки (а может быть и благодаря) своему недугу.

Кирилл ОРЛОВ,
внешт. корр. «МГ».

Москва.

Врач, больной и партизан

Началась партизанская война, и остаётся только поражаться, как справлялся с этим Че Гевара. Приступы астмы продолжались у него по неделе или он начинал кашлять в тот момент, когда они

А ещё был случай

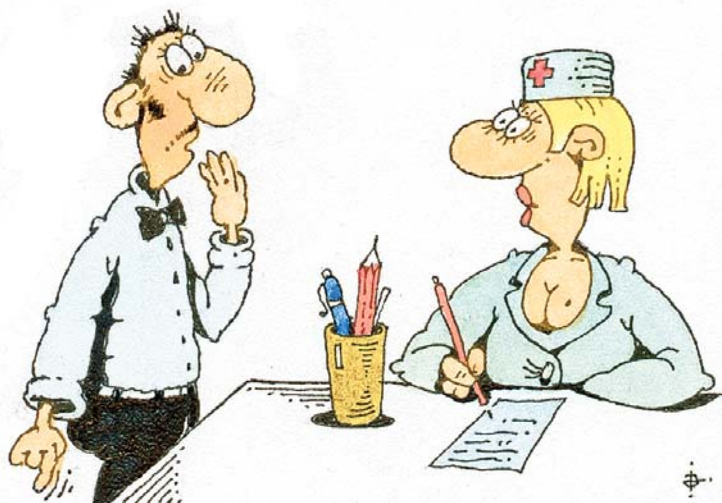
Главная тайна врачевания

– Петрович, какие колготки лучше покупать – в крупную сеточку или мелкую?
– Да мне без разницы, главное – чтоб лук не вываливался...
(Из народного фольклора)

Что самое главное во врачебном искусстве? Вы скажете – «базальные знания», клинический опыт... Я и сама так думала до недавнего времени. А оказалось, что для них, наших дорогих пациентов, очень важно наше умение их выслушать...

Итак, у меня очередное назначение – работа офисным врачом в большой фирме, в центре Москвы, в 500 метрах от Кремля. Эта близость к «сердцу столицы» меня смущала и волновала: смогу ли я там обеспечить надлежащую ИМ медицинскую помощь? Но все мои сомнения решительно сокрушила моя подруга: «Люба, ты врач с 20-летним стажем, у тебя за плечами и скорая, и сельский участок! А они в своём офисе тяжелее авторучки ничего не поднимали, так что все здоровенькие... Ты что, аспирину им не дашь?»

Дам. Если кто-нибудь, когда-нибудь до меня дойдёт, сию тут одна уже целую неделю. Дам не только аспирину (при необходимости), а ещё и давление измерю, и ЭКГ



сниму – если кто-то всё-таки до меня дойдёт!

Я ещё могу и в/в-инъекцию сделать, и «прокапать» – только придите – пошла уже вторая неделя моего «кабинетного уединения».

Неужели здесь все такие здоровые? Что же мне делать?

А ещё я могу... даже от неожиданности не успела додумать – что, как в кабинет вошёл красивый молодой мужчина, мой первый пациент: спортивное телосложение, приятный голос, светские манеры... Для такого – я всё сделаю! Интересно, чем он может быть болен?

Да, тут мой «аспирин» ока-

зался бессилем: красавчик решил проконсультироваться по поводу приёма новых препаратов от импотенции. Я и старых-то никаких не знаю, и импотенция для меня – как «лунная болезнь»... Так что положите на одну полочку свой «аспирин», на другую «базальные знания и клинический опыт» и топайте отсюда, дорогая Любовь Евгеньевна! Не оправдали вы доверие фирмы...

Но как стойкий оловянный (остолбеневший от жалоб клиента) солдатик приём вы должны довести до конца... И действительно – «оловянный» – могу только моргать и улыбаться, выслушивая

выкладки из сравнительных характеристик опробованных моим первым пациентом лекарственных препаратов от импотенции. Ой, сколько нового я для себя открыла в этой получасовой беседе, чего только не узнала про эту «интимную» болезнь... Настоящий экскурс в проблему, подготовленный для меня этим очаровательным первым пациентом...

На прощание смогла лишь выдать из себя искренние сожаления и сомнения в правильности поставленного кем-то диагноза.

Ну полное фиаско, впервые за 20 лет! Может, завтра сразу идти увольняться?

Но не получилось – ни сразу, ни потом... у дверей моего кабинета утром уже стояла очередь. Мой первый здешний пациент, мой вчерашний обаятельный посетитель разрекламировал меня в кулуарах офиса как потрясающего специалиста по всем вопросам без исключения. В том числе и интимным...

В общем, теперь я не скучаю. И диагностирую, и «капаю», и вопросами импотенции интересуюсь. И о главном не забываю – пациента выслушать. А вы всё про знания, опыт...

Любовь КОЛОСОВА,
врач.

Москва.

Умные мысли

Олег ЗАБОЛОЦКИЙ

Откровения о природе и здоровье

- Все секреты – в Москва-реку! А мы – на рыбалку.
- Самый дешёвый смартфон – лапша на уши.
- Воздушный замок комиссия не приняла. Стройматериалы оказались некачественные.
- Попутчики демократии обложили дорогу торговыми киосками.
- Почему вымерли динозавры? Им тараканы посоветовали строить рыночное общество.
- Робот был внимательным учеником. Нахватался всего от человека.
- Товары народного истребления.
- Если муж голодный, жена считается временно нетрудоспособной.
- Фига сначала сама собой любит-ся. Проверяет качество товара.
- Всемирный День памяти планеты.
- Мужская жизнь – от матриархата до матриархата.
- Волк женился на Лисице. Теперь удивляется: почему жена хвостом вертит.
- Мечтаете о бесплатном сыре? Приходите, когда у него закончится срок годности.
- Война слонов со слонами закончилась пиром шакалов.
- Медведь зимой не голодает. Некогда. Он отсыпается.
- Злая собака – друг доброго человека. Для равновесия в природе.
- Кастрюля захлебнулась от высокопарных слов «буль-буль...»

Идио-фон у мая					Полу-запруда		Вайда, фильм	СКАНВОРД										Семья франц. живописцев				Счастье ... да ума мало		Розува-статин
Мелоксикам		Кизяк	Город, Нижегород. обл.					Офенбах							Не от мира ...		Англ. поэт	Матадор		Уж		Старая лошадь		
					Коленный сустав		Декор. кустарник	Не-близко	Отблеск	Мытищи, река	Тиоридазин		Борщ				Воинская часть							
Медик ... Амман		Аист, Лат. Америка	Аномал. рефракция глаза								"Осен. марафон", актриса									Гора, Крит				
			Осадки	Чуть			Полож. электрод		Лесная заросль (устар.)				Любимец Геракла				Хохлатая антилопа							
...-кебаб	Древнегреч. фило-соф				Снимок				Мармелад		Краска	Газеты	"Сефия"				Подз. горная выр-ботка							
			Изображение Христа				Ковер																	
Комнатная печь	Маршрут автобуса				Салынский, драма				Калашников															
Автор Валерий Шаршуков	Приток Тобола			Багаж			Наемный автомобиль																	

Л	Ц	И	К	Л	Г	У	Т	Т	А	С	И	Л								
А	Р	А	В	А	Р	К	Т	О	К	Т	А	В	И	О	В	К				
Ф	Н	П	Л	А	Г	Р	И	Л	Р	Ф	В	В	О	Л	К	И				
Ф	А	К	Е	Л	Б	У	Я	Д	Р	И	Ц	А	С	Е	В	Е	Р	О	Т	С
Е	Е	Я	М	Б	О	З	А	Ж	К	И	Р	С	Р	Е	Г	О	Р	М	О	Н
К	А	С	А	Е	Р	Г	А	М	Т	А	С	Т	И	А	Г	А	С	У		
Т	Т	У	Л	И	К	А	О	Н	А	Р	Э	П								
Г	Е	К	С	О	Д	Т	Ы	Н	У	Р	У	Т								
Р	А	К	И	Б	А	Г	У	Н	С	А	Н									

Ответы на сканворд, опубликованный в № 39 от 01.06.2016.