

Медицинская

1 июля 2015 г.
среда
№ 47 (7569)

Газета®

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

События

Вертебрология — это звучит гордо

Что сумели доказать врачи на встрече в Краснодаре



В стенах Научно-исследовательского института – краевой клинической больницы № 1 им. С.В.Очаповского прошёл VI съезд хирургов-вертебрологов России с международным участием. Столь крупная научная встреча, посвящённая одной из наиболее сложных проблем современной медицины – хирургии позвоночника, состоялась в Краснодарском крае впервые.

Открыли конференцию президент Межрегиональной ассоциации хирургов-вертебрологов Артём Гуца, главный врач НИИ – ККБ № 1 Владимир Порханов и ректор Кубанского государственного медицинского университета Сергей Алексеенко.

В своей приветственной речи Артём Гуца сообщил:
– Отличные результаты лечения большого количества пациентов с

На выставке новейшего хирургического оборудования

различной патологией позвоночника, а также возросший поток больных из многих регионов России за вертебрологической помощью в НИИ – ККБ № 1 подтверждают высокий уровень кубанского здравоохранения.

С.Алексеенко напомнил присутствующим, что на сегодняшний день заболевания и повреждения позвоночника являются одной из наиболее частых причин потери трудоспособности и стойкой инвалидизации. По мнению ректора Кубанского ГМУ, общение ведущих учёных нашей страны и зарубежных коллег позволит выработать более точные диагностические алгоритмы, новые тактические и методические подходы к лечению и реабилитации больных вертебрологического профиля.

В свою очередь, В.Порханов ак-

центровал внимание участников на успехах спинальной хирургии в России, особенно заметных в Южном регионе. «У нас есть все необходимые ресурсы – человеческие и материальные – для реализации самых амбициозных планов», – сообщил главный врач НИИ – ККБ № 1. – Желая всем участникам съезда дружной и плодотворной работы!»

Всего на съезде было заслушано 85 докладов в рамках 9 научных симпозиумов и одной пленарной сессии, проведено 2 мастер-класса. В ходе работы съезда состоялось расширенное заседание правления межрегиональной ассоциации хирургов-вертебрологов.

Светлана ШЕВЧУК,
внешт. корр. «МГ».

Краснодар.



Сергей ЛОБАНОВ,
заведующий кафедрой факультетской хирургии с курсом урологии Читинской государственной медицинской академии, профессор:

При общей стоимости муниципальной программы «Эндохирургия» в 9 млн руб. экономический эффект от её выполнения составил свыше 40 млн!

Стр. 4

Елена КЕШИШЯН,
заведующая отделением неонатологии и патологии детей раннего возраста Научно-исследовательского клинического института педиатрии РНИМУ им. Н.И.Пирогова, профессор:

Главное наше ноу-хау – единый врач, то есть основной ведущий доктор, который контролирует и наблюдает недоношенного ребёнка на протяжении всего первого года.

Стр. 6-7



Рудольф АРТАМОНОВ,
профессор кафедры педиатрии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова:

Важно понять: происходящее в нашем здравоохранении – от нужды, а не от непонимания, каким оно должно быть.

Стр. 10

Инициатива

Благотворительность на бегу

В Москве, в Измайловском парке культуры и отдыха состоялся благотворительный забег. Он собрал свыше 150 участников – врачей, известных спортсменов, предпринимателей, общественных деятелей, студентов медицинских, физкультурных и технических вузов.

Программа соревнований включала два женских и два мужских забега. Абсолютным чемпионом среди женщин стала Елена Митрофанова. Её время на дистанции в 2,5 км составило 10 мин 46 с. Среди мужчин первым был Андрей Митрофанов, который пробежал 5 км за 17 мин 17 с.

Также были отмечены самый молодой и самый взрослый участники – Артур Шабельник и Владимир Грошев.

В торжественном открытии забега приняли участие вице-президент Торгово-промышленной палаты Московской области В.Винокуров, начальник медико-биологического отдела Центра спортивных инновационных технологий и подготовки сборных команд Департамента физической культуры и спорта Москвы И.Мелехин, депутат Мосгордумы А.Мишин и др.

Денежный фонд от регистрации на этом столичном забеге составил 93 тыс. руб. Собранные средства будут направлены в два благотворительных фонда – «Старость в радость» и «Волонтеры в помощь детям-сиротам».

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Москва.

Акценты

По управляемым инфекциям — снижение

Снижение заболеваемости по 38 инфекционным и 15 паразитарным болезням отмечает Государственный доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2014 г.», подготовленный Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор).

Согласно докладу, в прошлом году в нашей стране зарегистрировано 31 602 103 случая инфекционных и

паразитарных заболеваний, что на 9,8% ниже среднепогодного показателя и показателя 2013 г.

Несмотря на это, последнее десятилетие характеризуется общей тенденцией к росту заболеваемости этими болезнями населения страны. Как констатируется в докладе, это объясняется введением ряда новых нозологий в отчётные формы федерального статистического наблюдения, совершенствованием эпидемиологического надзора и повышением качества лабораторной диагностики инфекционных заболеваний, а также

изменением социальных и природных факторов, определяющих развитие эпидемического процесса.

Плановая и системная деятельность Роспотребнадзора в 2014 г., а также реагирование на вновь возникающие вызовы и угрозы позволили определить приоритеты деятельности этой федеральной службы по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации.

Иван ВЕТЛУГИН.
МИА Сити!



Многофункциональный модульный
фетальный монитор Star5000F



- Оригинальная модульная конструкция состоящая из основного блока и подключаемых модулей
- Комплексный мониторинг беременности, родов и послеродового периода
- Сменный модуль для срочной транспортировки и наблюдения витальных параметров матери

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

Новости

Контроль за ОРЗ будет усилен

В связи с распространением коронавируса, вызывающего ближневосточный респираторный синдром (MERS), Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор) поручила усилить контроль за острыми респираторными заболеваниями. Соответствующие указания даны руководителям управлений ведомства и органов исполнительной власти субъектов РФ.

В то же время необходимости вводить ограничения на поездки россиян в Южную Корею в связи со вспышкой коронавируса пока нет. Как заверяет глава федеральной службы Анна Попова, сегодня делается всё возможное для предотвращения его попадания на территорию нашей страны.

Вирус в Южной Корее по имеющимся результатам исследований генетической последовательности не мутировал по сравнению с вирусами с Ближнего Востока. Также в настоящее время отсутствуют доказательства устойчивой передачи вируса от человека человеку.

По информации Роспотребнадзора, по состоянию на начало этой недели число инфицированных MERS-CoV в Южной Корее составило 172 человека. Из общего числа заболевших 27 случаев закончились летально (15,7%). Болезнь зарегистрирована у лиц в возрасте от 16 до 87 лет, преимущественно ей подвержены люди, имеющие различные хронические заболевания. В настоящее время под медицинским наблюдением находятся около 4 тыс. контактных лиц.

Иван МАЛОВ.

В столице врачей хватает

В столичных медучреждениях трудятся свыше 80 тыс. врачей и 120 тыс. медсестёр. Получается, что на 10 тыс. москвичей приходится 66 докторов. Такую статистику привёл руководитель столичного Департамента здравоохранения Алексей Хрипун.

«Общее количество медицинских работников столицы составляет около 80 тыс. человек. Они работают в учреждениях как городского, так и других ведомств, а также в частных медицинских организациях. Иногда мы слышим дискуссии на предмет – а достаточно ли врачей в Москве. Смею заверить, что достаточно. Это объясняется формулой расчёта количества врачей, а также обеспеченности ими населения. Так вот, эта цифра составляет 66 врачей на 10 тыс. москвичей. Если ранжировать все регионы нашей страны, то это четвёртая позиция сверху», – отметил А.Хрипун.

«Должен вам сказать, в обществе за последние годы возрос престиж врачебной профессии. А ведь это очень часто не зависит от самого врача. Я абсолютно убеждён в том, что медик, не только врач, но и медицинская сестра, – это абсолютно точно ещё и миссионер, который призван нести в общество, своим пациентам лучшие человеческие ценности и качества. Хотя, конечно же, основная миссия – это лечить людей. А для этого врачебная профессия должна быть призванием», – подчеркнул он.

Яков ЯНОВСКИЙ.

Москва.

Крути педали на здоровье!

Международный день борьбы с наркоманией и незаконным оборотом наркотиков в Республике Бурятия отметили целым каскадом информационно-просветительских акций для подростков и молодёжи, а также для тех, кто их воспитывает. Инициаторами выступили Республиканский центр медицинской профилактики, наркологический диспансер и Управление ФСКН.

В Бичурском районе в течение недели проходил Тур здорового образа жизни – проект, который стал уже традиционным для региона и каждый год реализуется в разных населённых пунктах. В его программе были обучающие тренинги для школьников, в ходе которых специалисты помогли ребятам развивать коммуникативные навыки, повысить самооценку и стрессоустойчивость. Результатом такой работы с личностью должна стать способность подростка противостоять соблазну попробовать наркотики. Участники тренингов – ученики средней общеобразовательной школы № 1 и воспитанники районного детского дома.

В аудитории педагогов, психологов и социальных работников прошли семинары о современных формах работы с детьми по профилактике наркомании и курения, сохранению репродуктивного здоровья. Говорить с подростками-нигилистами так, чтобы тебя не только слушали, но и слышали, – большое искусство.

А в столице республики – Улан-Удэ – в честь Дня борьбы с наркоманией прошёл массовый велопробег. Как подчёркивают в Минздраве Бурятии, цель этой акции пропагандистская: молодые люди должны видеть, что есть здоровая альтернатива психоактивным веществам.

Елена СЕРГЕЕВА.

Улан-Удэ.

В СибГМУ избран ректор

На конференции по выборам ректора Сибирского государственного медицинского университета (Томск) в голосовании приняли участие 132 делегата, из которых 119 отдали голоса за и.о. ректора СибГМУ, доктора медицинских наук, профессора Ольгу Кобякову. В списке претендентов на пост руководителя крупнейшего медицинского вуза Сибири кроме Кобяковой значилась ещё только одна фамилия.

Профессор Кобякова ранее руководила Департаментом здравоохранения Томской области и была назначена исполнять обязанности ректора ведущего медицинского вуза Сибири в мае 2014 г. после того, как неожиданно для всех подал заявление об отставке прежний ректор, многие годы успешно возглавлявший вуз академик Вячеслав Новицкий.

Елена ЮРИНА.

Томск.

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

Деловые встречи

Кардиохирургия
на подъёме

Новые технологии диагностики и лечения заболеваний сердца были представлены на всероссийской конференции в Воронеже



Лео Бокерия (справа) среди коллег

Флагманом развития кардиохирургии в Центральном Черноземье по праву является Воронежская областная клиническая больница № 1. В её составе – кардиохирургический центр, оснащённый новейшим оборудованием и работающий по самым современным стандартам. Благодаря этому удалось увеличить объём высокотехнологичной медицинской помощи пациентам с болезнями сердца более чем в 3 раза.

Совместная работа с неонатологами перинатального центра позволила лечить даже самых маленьких пациентов, в том числе новорождённых с экстремально низкой массой тела. За последние годы число операций на сердце и магистральных сосудах достигло 3 тыс., из них более 1 тыс. – ангиопластика и стентирование коронарных сосудов, более 700 аортокоронарных шунтированных, около 600 ЭКС. Внедрены сложные инновационные методы оперативных вмешательств при критических пороках развития и осложнённых формах ишемической болезни сердца.

Становление сердечной хирургии в Воронеже связано с именами известных профессоров: В.Радушкевича, который выполнил первые операции на сердце ещё в середине 50-х годов, и первого руководителя кардиохирургического центра в Воронежской областной клинической больнице В.Булынина. В 2011 г. при поддержке правительства Воронежской области кардиохирургический центр был преобразован в кардиохирургический комплекс. В настоящее время им руководит профессор С.Ковалёв. Это один из крупнейших специализированных центров России. В его составе 4 кардиохирургические операционные, одна из которых предназначена для проведения уникальных «гибридных» операций. В нём представлены все направления современной кардиологии, кардиохирургии и интервенции. Здесь оказывается высокотехнологичная медицинская помощь как взрослым, так и детям.

– Прорыв кардиохирургии – высокотехнологичная помощь дала возможность очень хорошо развиваться региону. Сейчас такие



Переходящий кубок

клиники по своему оборудованию и научному потенциалу не уступают центральным учреждениям. Это успех в демографической стабильности, – говорит воронежский кардиохирург профессор Сергей Ковалёв. – Подтверждением высокого уровня развития кардиохирургии в нашей территории стало проведение в Воронеже 3-й Всероссийской конференции с международным участием «Кардиология и визуализация в кардиохирургии» и 7-й Международной конференции «Креативная кардиология. Новые технологии диагностики и лечения заболеваний сердца». Объединённый формат двух этих мероприятий, ставших уже регулярными в научной и клинической практике, впервые реализован в 2015 г., объявленном Годом борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Организаторами конференций выступили Минздрав России, Ассоциация сердечно-сосудистых хирургов России во главе с Л.Бокерия, Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н.Бакулева, правительство Воронежской области при личном участии губернатора А.Гордеева, Департамент здравоохранения Воронежской области и Воронежская областная клиническая больница № 1.

Форум вызвал большой интерес и собрал большую аудиторию врачей – около 400 кардиологов, кардиохирургов, специалистов функциональной диагностики и других представителей смежных специальностей, научных сотрудников. В его работе приняли участие и выступили с лекциями ведущие специалисты НЦССХ им. А.Н.Бакулева – Л.Бокерия, Е.Голухова, Б.Алекян, А.Ревивили, других российских центров (Воронеж, Калининград, Санкт-Петербург, Кемерово и др.), а также известных клиник Германии. На конференции были рассмотрены вопросы диагностики и лечения ИБС, фибрилляции предсердий, наиболее актуальные проблемы созидательного сотрудничества врачей разных медицинских специальностей. Клинические разборы сложных больных с сердечной недостаточностью стали темой обсуждения с участием мультидисциплинарной врачебной команды. Большой раздел был посвящён методам визуализации в кардиологии. В «круглом столе» на тему «Мой самый сложный коронарный больной» приняли участие кардиологи, специалисты по эндоваскулярным вмешательствам, кардиохирурги. Всем участникам была представлена возможность ознакомиться и обсудить последние разработки и внедрение в клиническую практику самых современных высокоинформативных диагностических методов, принципиально новых методов лечения, сочетающих в себе комплексное использование медикаментозных средств, хирургических и интервенционных пособий, имплантируемых устройств, последних достижений фундаментальной биологии и медицины.

Проведение всероссийских конференций в регионах, где развитие кардиохирургии находится на высоком уровне, становится традиционным. Символично и передача кубка, выполненного мастерами Златоуста и символизирующего сердце внутри земного шара. В этом году таким местом выбран Воронеж, где переходящий кубок торжественно был передан Архангельской области.

Галина ПАПЫРИНА,
спец. корр. «МГ».

Воронеж.

Решения

Столичные поликлиники настроены на доступность

После амбулаторного приёма москвичи смогут оценить работу врача при помощи специальной системы онлайн-опросов. «Нам поставлена задача – стимулировать повышение качества работы городских поликлиник и их удобство для пациентов. Разработана уникальная система обратной связи, нигде в мире такой нет», – отметили в столичном правительстве.

Также сообщается, что москвичи, указавшие адрес электронной почты при регистрации на портале госуслуг, на следующий день после своего визита в поликлинику получают электронное письмо, где им будет предложено

оценить по 5-балльной шкале работу медучреждения.

«Я уже предупредила двух своих замов, что у них появятся новые обязанности. Эти сотрудники и сейчас занимаются сбором обращений пациентов. Мы давно присутствуем в Интернете – делаем посты в блогах и вообще ведём пропаганду тех изменений, которые происходят в здравоохранении, – заявила главный врач поликлиники № 46 Наталья Маркова. – Сервис построен на принципе конфиденциальности информации, и персональные данные врача и пациента будут скрыты. Главная задача, которую ставит перед собой сервис, – выявить «болевые точки» поликлиник в целом», – добавила она.

Кроме того, пациенты смогут за-

давать публичные вопросы врачам по проблемным темам на портале «Наш город». Сейчас на сайт уже можно отправлять сообщения по нескольким проблемным темам, к которым в ближайшее время будет добавлено ещё несколько.

«Вы, например, не обнаружили свою карту в кабинете врача, вам пришлось самому бегать по лестницам. Или в поликлинике не удосужились повесить свежее расписание врачей. Всё это повод для обращения к portalу «Наш город», – отметила главный врач поликлиники № 64 Инга Кокарева.

Алина КРАУЗЕ.

МИА Сити!

Москва.

Сотрудничество

Фармрынок ЕАЭС: потенциал развития

Фармацевтический рынок Евразийского экономического союза (ЕАЭС) – один из самых перспективных и динамичных рынков. Это показал анализ тенденций мирового фармрынка, текущего состояния фарм-отрасли стран ЕАЭС, а также стратегических программных документов в фармацевтическом секторе.

Анализ провёл Департамент промышленной политики Евразийской экономической комиссии (ЕЭК). Как отметил директор департамента Владимир Мальцев, в настоящее время фармрынок стран ЕАЭС импортозависим: доля импортных фармацевтических продуктов на рынке Белоруссии составляет 75%, в Казахстане – 88%, в России – 82%. Это связано, прежде всего, с наличием огромного количества зарегистрированных дженериков, то есть дешёвых аналогов оригинальных фармацевтических препаратов, на действующее вещество которых истекли сроки патентной защиты, из Индии, Китая и Восточной Европы.

Исследования показали, что, с учётом серьёзного превалирования импортной продукции имеется большой потенциал для кооперационного сотрудничества и совместного производства фармацевтических продуктов взамен

импортируемых. «На сегодняшний день есть реальная возможность для увеличения производства не менее чем в 3,5 раза и наращивания нашей фармацевтической промышленности, доля которой в ВВП каждой страны пока составляет не более 0,5%.

Результаты анализа отрасли показали, что большинство производителей государств – членов ЕАЭС специализируется сейчас в основном на производстве дешёвых дженериков. При этом во всём мире растёт спрос на более дорогие брендовые продукты отрасли.

Комментируя ситуацию, В.Мальцев отметил: «Учитывая стремление наших стран к углублению интеграционных процессов и усилению взаимодействия в реальном секторе экономики, в сфере фармацевтики перед национальными органами стоят глобальные задачи по созданию высокоэффективных производств, в том числе совместных, разработке своих узнаваемых брендов и их продвижению на рынки, в том числе и внешние». Такие цели уже заложены в национальных документах. При этом задачей ЕЭК в этом процессе является формирование равных условий конкуренции и поддержка развития кооперации с целью совместного производства фармацевтической продукции и по-

зиционирования её как «товара Таможенного союза».

«Кроме того, нам необходимо активизировать развитие сетей трансфера технологий государств – членов в области фармацевтики и биотехнологий, реализовывать совместные проекты, – продолжил В.Мальцев. – Для развития сотрудничества в наукоёмких и инновационных сферах, к которым относятся фармацевтика и биотехнологии, нам следует смелее и активнее использовать соответствующие механизмы и инструменты интеграции, предусмотренные договором о ЕАЭС».

Планируется, как сообщила пресс-служба ЕЭК, что Департаментом промышленной политики ЕЭК совместно со сторонами, экспертным и бизнес-сообществами будут проработаны пути совместного решения проблемных вопросов развития фармацевтической отрасли в рамках ЕАЭС. По результатам этой работы будет выработана соответствующая рекомендация Совета ЕЭК, предлагающая возможные совместные меры по модернизации действующих и созданию новых производств, обеспечению условий для импортозамещения, росту инвестиционной и инновационной активности в фармацевтической отрасли.

Валентин КОНСТАНТИНОВ.

МИА Сити!

Наше пополнение

Эти выпускники всегда востребованы

В Свердловском областном медицинском колледже состоялось вручение дипломов 14 учащимся по направлению подготовки «медицинский массаж» (для обучения лиц с ограниченными возможностями здоровья по зрению). Это – единственный колледж в России, который проводит обучение по данной специальности для такого контингента учащихся.

Директор колледжа Ирина Лёвина сердечно поздравила выпускников с успешным окончанием колледжа, а также их родителей, отметив высокий уровень нынешних выпускников, больше половины которых – отличники.

– Выбор профессионального направления для лиц с ограниченными возможностями по зрению небольшой, в связи с чем программа, реализуемая в нашем колледже, уникальна, поскольку обеспечивает возможности для социализации и профессиональной адаптации, – отметила И.Лёвина.

С 1989 г. Свердловский областной медицинский колледж подготовил более 400 специалистов по данной программе. 80% из них сейчас работают в медицинских организациях области, ещё 20 – в учреждениях Уральского федерального округа. Рейтинг трудоустройства выпускников по специальности в среднем достигает 99%.

Перед вручением дипломов Ирина Анатольевна зачитала слова клятвы медицинской сестры, которую в торжественной обстановке приняли все выпускники колледжа.

Преподаватели колледжа и представители ВОС отметили нескольких выпускников благодарственными письмами за активное участие и особые достижения в учёбе, спорте и общественной деятельности. В завершении мероприятия гости пожелали новоиспечённым специалистам главное – не забывать радоваться жизни!

Елена ЛЬВОВА.

МИА Сити!

Екатеринбург.

Конкурс

Поздравляем лауреатов!

Названы имена тех, кто своим трудом и талантом добился значимого результата в своей профессии. Итоги XV Всероссийского конкурса на звание «Лучший врач года», который проводят Минздрав России, Общероссийский профсоюз работников здравоохранения и «Медицинская газета»

Победители в номинациях:

«Лучший анестезиолог-реаниматолог»

1-е место – Файзулина Р.И., врач анестезиолог-реаниматолог, КГБУЗ «Кулундинская центральная районная больница», Алтайский край

2-е место – Хомяков С.В., заведующий отделением – врач анестезиолог-реаниматолог ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа», г. Белгород

3-е место – Шелухин Д.А., заведующий отделением – врач анестезиолог-реаниматолог клиники № 2 ФГБУ «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М.Никифорова МЧС РФ», г. Санкт-Петербург

«Лучший врач по диагностическим исследованиям»

1-е место – Румянцева И.В., заведующая отделом лучевой диагностики – врач ультразвуковой диагностики ГБУЗ «Консультативно-диагностический центр для детей», г. Санкт-Петербург

2-е место – Серов О.А., заведующий отделением – врач-эндоскопист ФГБУ «Новосибирский научно-исследовательский институт туберкулеза» Минздрава России, г. Новосибирск

3-е место – Колесник И.Н., врач функциональной диагностики ГБУЗ «Самарская городская клиническая больница № 1 им. Н.И.Пирогова», г. Самара

«Лучший врач лабораторной диагностики»

1-е место – Салеева Л.А., врач клинической лабораторной диагностики БУ ХМАО – Югры «Сургутская городская поликлиника № 3», г. Сургут

2-е место – Самсонова Н.Н., врач клинической лабораторной диагностики ФГБНУ «Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н.Бакулева», г. Москва

3-е место – Каюмова Э.Ю., заведующая клинико-диагностической лабораторией – врач лабораторной диагностики ГБУЗ «Республиканский клинический противотуберкулёзный диспансер», Республика Башкортостан, г. Уфа

«Лучший невролог»

1-е место – Одинак М.М., профессор кафедры нервных болезней ФГБВОУ «Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова» Министерства обороны РФ, г. Санкт-Петербург

2-е место – Крымская О.С., врач-невролог ММАУ «Городская поликлиника № 5», г. Тюмень

3-е место – Шаймухаметова Ф.Х., врач-невролог клиники ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Республика Башкортостан, г. Уфа

«Лучший неонатолог»

1-е место – Грешилов А.А., заведующий отделением – врач-неонатолог МБУЗ «Клинический родильный дом № 4», Республика Башкортостан, г. Уфа

2-е место – Борисова Э.Р., заведующая отделением – врач-неонатолог МБУЗ «Городская больница № 9», Краснодарский край, г. Сочи

3-е место – Косых Т.С., врач-неонатолог ГБУЗ «Архангельская детская клиническая больница им. П.Г.Выжлецова», г. Архангельск

«Лучший оториноларинголог»

1-е место – Панченко И.Г., заведующий отделением № 1 – врач-оториноларинголог БУЗ «Воронежская областная клиническая больница № 1», г. Воронеж

2-е место – Кокорина О.В., старший преподаватель кафедры оториноларингологии ФГБВОУ «Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова» Министерства обороны РФ, г. Санкт-Петербург

3-е место – Курочкина О.А., врач-оториноларинголог БУЗ «Бардымская центральная районная больница им. А.П.Курочкиной», Пермский край, с. Барда

«Лучший педиатр»

1-е место – Малышева Н.В., заведующая отделением – врач-педиатр ГБУЗ «Архангельская детская клиническая больница им. П.Г.Выжлецова», г. Архангельск

2-е место – Дёмин О.Е., врач-педиатр ГБУЗ «Воркутинская детская больница», Республика Коми, г. Воркута

3-е место – Тарасова Е.В., врач-педиатр ГБУЗ «Детская городская поликлиника № 44», г. Санкт-Петербург

«Лучший психиатр»

1-е место – Лесина Л.Ф., врач психиатр-нарколог ГБУЗ «Сызранский наркологический диспансер», Самарская область, г. Сызрань

2-е место – Фёдоров Я.О., заведующий дневным стационаром – врач-психиатр ГБУЗ «Городской психоневрологический диспансер № 7 (со стационаром)», г. Санкт-Петербург

3-е место – Шурыгина Т.Е., заместитель главного врача по наркологии ГБУЗ «Психиатрическая больница № 8», Московская область, г. Орехово-Зуево

(Окончание на стр. 5.)

Недавно в Чите состоялась межрегиональная тематическая конференция с международным участием под названием «Актуальные вопросы малоинвазивной хирургии». В деловой встрече, посвящённой 20-летию Читинского городского центра эндохирургии, приняли участие свыше 200 специалистов из многих городов России, а также китайские учёные. Содержание конференции составляли весьма интересные доклады по различным аспектам эндохирургии. Были даны мастер-классы, которые блестяще провели профессор Николай Матвеев (Москва) и Владимир Анищенко (Новосибирск). Состоявшийся форум подвёл итоги и наметил перспективы развития эндохирургии в нашем и соседних регионах.

История развития и становления забайкальской эндохирургии началась значительно раньше официального возникновения специализированного центра. Ещё в начале 1990-х годов, когда отделение хирургии находилось в старом корпусе городской клинической больницы № 1, предпринимались попытки проведения диагностических лапароскопий у больных с неотложной патологией. Первый опыт получился не очень хорошим ввиду того, что имевшийся в наличии лапароскопический аппарат был либо неисправен, либо изготовлен в неудачном варианте. Изображение выходило мутным, с коричневатым оттенком. Во всяком случае, сравнивать было не с чем, другой техники под рукой не существовало.

В 1991 г. в больницу поступил лапароскоп фирмы «Карл Шторц». Мы, памятуя разочарования от первых лапароскопий, гадали, принесёт ли приобретение пользу. Как сейчас помню, я, молодой заведующий кафедрой и заведующая хирургическим отделением Александра Вихляева, обсуждаем, что же нам делать с новым прибором. Решили поручить его освоение совсем молодым, но очень перспективным хирургам Леониду Карпухину и Олегу Терехову. И что же? К нашей радости, они быстро освоили диагностическую лапароскопию. Кроме них, методикой овладели и другие врачи.

Регулярное использование лапароскопии привело к улучшению диагностики, особенно в неясных случаях, при абдоминальном синдроме, закрытой травме живота, когда требовалось быстрое решение лечебно-тактических задач. Спустя непродолжительное время накопился приличный опыт, позволивший после приобретения соответствующего оборудования перейти к лечебным операциям. Первые вмешательства под контролем эндоскопа в Чите относятся к 1994 г. Большой вклад при внедрении метода эндохирургии внёс ассистент нашей кафедры Олег Терехов (ныне он возглавляет Тверской онкологический диспансер).

Стоит упомянуть, что эндовидеоконкомплекс, собранный из приборов разных фирм-производителей был,

Итоги и прогнозы

Разочарования от первых лапароскопий

О них в Читинском городском центре эндохирургии вспоминают сегодня с улыбкой



Лапароскопическая операция в Читинском городском центре эндохирургии

по нынешним меркам, весьма примитивным. Возникло много проблем, хорошо известных хирургам, начинавшим работать в тот период. Вместе с тем действие воспринималось как чудо. А самой главной наградой врачам был лечебный эффект. Состояние больных после лапароскопических операций в сравнении с самочувствием пациентов, которым выполнялись традиционные открытые операции, резко отличалось в лучшую сторону. На следующий день они свободно гуляли по больничному

коридору, не испытывая особых болей, а через 3-5 суток выписывались домой. Конечно, такие результаты будировали желание продолжать работу в заданном направлении, развивать и совершенствовать «щадящую» хирургию. В марте 1995 г. я и тогдашний главный врач больницы Евгений Бурдинский пришли на приём к мэру Читы Равилю Гениатуллину с идеей создания центра эндоско-

пического хирургии на базе ГКБ № 1, представили программу его развития. Городской голова быстро разобрался в перспективности нашей задумки и поддержал. Следует вспомнить то сложное время. В больницах не доставало лекарств, расходных материалов, медицинскому персоналу не платили зарплату. Поэтому дорогого стоило решение, которое позволило поднять на новую высоту качество оказания медицинской помощи.

Вскоре в нашем распоряжении появилось более совершенное

«Эндохирургия», которая была утверждена Читинской городской думой. Реализация её позволила выделить в отдельное направление артроскопию. Через год был приобретён эндовидеоконкомплекс для ринохирургии. В рамках названной программы удалось материально обеспечить данные направления. В результате были освоены и выполнены многие сотни операций по удалению мениска, пластике крестообразных связок, при лечении лор-патологии. В дальнейшем программа «Эндохирургия» при-

нималась в 2003 и 2007 гг. При общей стоимости программы в 9 млн руб. экономический эффект от её выполнения составил свыше 40 млн руб.!

Центр эндохирургии совместно с кафедрой факультетской хирургии Читинской государственной медицинской академии проводит, без всякого преувеличения, значительную работу по подготовке кадров и внедрению метода в лечебную

практику ЛПУ Забайкальского края. В 2001 г. был создан тематический цикл подготовки врачей по эндохирургии. За прошедшее время обучение прошли свыше 80 хирургов, гинекологов, онкологов. При участии сотрудников центра метод эндохирургии внедрён в практику многих лечебных учреждений Читы и Забайкальского края. Схема внедрения полностью отработана. После того, как заинтересованная больница приобрела эндоскопическое оборудование, осуществляем подготовку её представителя на базе нашего цикла. Затем проводится выездной мастер-класс на рабочем месте в этой больнице. Обычно выполняется 6-8 операций с участием обучаемого хирурга. После курса интенсивного обучения местные специалисты начинают работать самостоятельно. По указанной схеме метод эндохирургии внедрён в 7 ЦРБ Забайкальского края и в целом ряде медицинских организаций, оказывающих стационарную хирургическую помощь, которые расположены в краевой столице.

Сергей ЛОБАНОВ, руководитель городского центра эндохирургии, заведующий кафедрой факультетской хирургии с курсом урологии, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ.

Читинская государственная медицинская академия.

Фото Владимира КЛЫШНИКОВА.

Ориентиры

Думая о ногах, спасают сердце и голову

В Кемерово проходит эксперимент по оптимизации помощи пациентам с атеросклерозом

Как известно, атеросклероз – заболевание мультифокальное: поражает не одну мишень, а сразу несколько. Но в зависимости от того, какие сосуды начали страдать раньше, пациентов наблюдают разные врачи.

«С головой» попадают к неврологам, «с сердцем» – к кардиологам, «с ногами» – к хирургам общей сети. Классическая ситуация семи нянек. Причём последней группе больных хуже всего, потому что «общие» хирурги не часто назначают им лекарства, снижающие уровень бляшкообразующего холестерина, и не нацелены на профилактику инфарктов и инсультов (от которых больные нередко и погибают). Такая ситуация отмечается сегодня в масштабах всей страны. В Кемерово группу пациентов с поражением артерий нижних

конечностей 5 лет назад передали под наблюдение кардиологов НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний СО РАН.

В марте этого года в столице Кузбасса проходил XI Всероссийский конгресс по артериальной гипертензии. Директор НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний Ольга Барбараш доложила его участникам о предварительных результатах эксперимента. Риск развития инфаркта миокарда в исследуемой группе снизился в 10 раз, риск развития острого нарушения мозгового кровообращения и риск смерти – в 3 раза. Статистика ампутаций нижних конечностей также уменьшилась в разы...

Главный кардиолог Минздрава России Ирина Чазова сообщила, что по итогам прошлого года кемеровский институт был признан

лучшей кардиологической клиникой России.

Стоит отметить, что Кемеровская область вообще успешно решает задачу снижения убыли населения от заболеваний сердца и сосудов. В начале 2000-х, когда уровень смертности от сосудистых катастроф превышал в России показатель 900 случаев на 100 тыс. населения, в отдельно взятом Кузбассе ситуация была ещё хуже. В масштабах страны была поставлена задача: к 2018 г. добиться снижения этого показателя до отметки 647 случаев на 100 тыс. Но если среднероссийское снижение составило в прошлом году 653 на 100 тыс., то Кузбасс контрольную «планку» перепрыгнул. В целом по области этот показатель был равен 601,5 случая на 100 тыс., а в самом Кемерово ещё меньше: 590.

Если оперировать спасёнными

жизнями, расклад получается такой. На текущий год Минздрав поставил задачу дополнительно сбросить в Кузбассе 638 человек. «План» прошлого года тоже выражался в сотнях. Однако кузбасские врачи сумели «скорректировать» статистику более чем на 1600 жизней... По сравнению с 2012 г. смертность от сердечно-сосудистых заболеваний понизилась в регионе на 15,9. Это лучше планового значения на 13,1% и лучше российского показателя на 9,6%.

Напомним: в федеральной программе оптимизации помощи пациентам с сосудистыми катастрофами Кемеровский регион участвует с 2010 г. Тогда в Кемерово, Прокопьевске и Новокузнецке были открыты первичные сосудистые отделения, а на базе Кемеровского кардиодиспансера начал работу региональный сосудистый центр.

Позже дополнительные первичные сосудистые отделения появились в Анжеро-Судженске, Белово и Юрге. А в 2014 г. на базе ГКБ № 1 Новокузнецка начал работу второй региональный сосудистый центр. В результате общее число операций на сосудах резко выросло.

Если в 2013 г. высокотехнологичную помощь по разделу сердечно-сосудистой хирургии в Кузбассе получили 3893 человека, то в прошлом – уже 4728. В эту статистику входят и операции на открытом сердце, и малоинвазивные вмешательства. Как отмечалось на конгрессе кардиологов, по количеству выполнения этих процедур Кузбасс приближается сегодня к ведущим странам Европы и практически догнал Германию.

Валентина АКимова, соб. корр. «МГ».

Кемерово.

Конкурс



Поздравляем лауреатов!

(Окончание. Начало на стр. 3.)

«Лучший терапевт»

1-е место – Столяр А.Г., заведующий отделением – врач-нефролог ГБУЗ «Свердловская областная клиническая больница № 1», г. Екатеринбург

2-е место – Шайтанова Н.Ю., заведующая отделением – врач-терапевт ГБУЗ «Городская клиническая больница № 6», г. Архангельск

3-е место – Кетова Г.Г., заведующая отделением – врач-клинический фармаколог клиники ГБОУВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Челябинск

«Лучший участковый педиатр»

1-е место – Гордеева Л.Г., врач-педиатр участковый ММАУ «Городская поликлиника № 5», г. Тюмень

2-е место – Ишмуратова Г.Г., врач-педиатр участковый МБУЗ «Детская поликлиника № 2 городского округа г. Уфа», Республика Башкортостан, г. Уфа

3-е место – Гурьева С.В., врач-педиатр участковый ГБУЗ «Добрянская центральная районная больница», Пермский край, г. Добрянка

«Лучший участковый терапевт»

1-е место – Николаенко О.В., врач-терапевт участковый ГАУЗ «Госпиталь для ветеранов войн», Республика Татарстан, г. Казань

2-е место – Азаренкова И.Л., врач-терапевт участковый ФКУЗ «Медико-санитарная часть Министерства внутренних дел по Орловской области», г. Орёл

3-е место – Чернышова Н.Ф., врач-терапевт участковый ГАУЗ «Ленская центральная районная больница», Пермский край, с. Ленск

«Лучший эндокринолог»

1-е место – Быкова Н.М., заведующая отделением – врач-эндокринолог ОГАУЗ «Иркутская городская клиническая больница № 10А», г. Иркутск

2-е место – Михайлова Л.Я., врач-эндокринолог ГБУЗ «Городская поликлиника № 10», Республика Башкортостан, г. Стерлитамак

3-е место – Валиулова С.Г., заведующая отделением – врач-детский эндокринолог ГБУЗ «Городская детская клиническая больница № 15», г. Пермь

«Лучший акушер-гинеколог»

1-е место – Чижова Г.В., заведующая кафедрой акушерства и гинекологии КГБОУДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения», г. Хабаровск

2-е место – Шагеев Т.А., врач акушер-гинеколог КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница № 4», г. Красноярск

3-е место – Логунко К.П., заведующий отделением – врач акушер-гинеколог ГБУЗ «Ухтинский межтерриториальный родильный дом», Республика Коми, г. Ухта

«Лучший военный врач»

1-е место – Шабалин А.Ю., врач-хирург группы ведущих специалистов Главного военного клинического госпиталя внутренних войск МВД РФ, Московская область, мкр. Никольско-Архангельский

2-е место – Попов В.В., начальник отделения-врач-анестезиолог-реаниматолог ФГКУ «Центральный клинический госпиталь Федеральной службы безопасности Российской Федерации»

3-е место – Зайцев А.А., начальник отделения ФГКУ «Главный военный клинический госпиталь им. Н.Н.Бурденко» Минобороны России, г. Москва

«Лучший врач медицинской реабилитации»

1-е место – Перминова И.В., врач-физиотерапевт ГБУЗ «Противотуберкулезный диспансер «Фтизиопульмонология», г. Пермь

2-е место – Сифоркина Л.Н., врач-физиотерапевт физиотерапевтического отделения КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница скорой медицинской помощи им. Н.С.Карповича», г. Красноярск

3-е место – Юношева Е.В., начальник отделения физиотерапии и реабилитации – врач-физиотерапевт ГБУ «Госпиталь для ветеранов войн», г. Ростов-на-Дону

«Лучший врач общей практики»

1-е место – Шараштепанова Л.В., врач общей практики (семейный врач) ГБУЗ «Окинская центральная районная больница», Республика Бурятия, с. Сорок

2-е место – Ковалёва Т.В., врач общей практики (семейный врач) ГБУЗ «Городская поликлиника Лысьвенского городского округа», Пермский край, г. Лысьва

3-е место – Рассказова Н.А., врач общей практики (семейный врач) взрослой поликлиники МБУЗ «Ступинская центральная районная клиническая больница», Московская область, г. Ступино

«Лучший инфекционист»

1-е место – Наумова Л.М., заместитель главного врача по медицинской работе ГБУЗ «Пермская краевая клиническая инфекционная больница», г. Пермь

2-е место – Анисимов О.А., заведующий отделением – врач-дерматовенеролог ГБУЗ «Кузнецкая межрайонная больница», Пензенская область, г. Кузнецк

3-е место – Иванов В.В., врач-инфекционист ОГУЗ «Консультативно-диагностическая поликлиника № 1», г. Смоленск

«Лучший кардиолог»

1-е место – Мерясева Р.Ф., заведующая отделением – врач-кардиолог ГАУЗ «Нижнекамская центральная районная многопрофильная больница», Республика Татарстан, г. Набережные Челны

2-е место – Тавровская Т.В., врач-кардиолог КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи», Алтайский край, г. Барнаул

3-е место – Антонов К.А., заведующий отделением – врач-кардиолог ГБУЗ «Боровичская центральная районная больница», Новгородская область, г. Боровичи

«Лучший онколог»

1-е место – Агафонкин С.А., заведующий отделением – врач-онколог БУ «Республиканский клинический онкологический диспансер» Минздрава Чувашской Республики, г. Чебоксары

2-е место – Денисов М.Ю., заведующий отделением – врач-онколог ГБУЗ «Пермский краевой онкологический диспансер», г. Пермь

3-е место – Каланов Р.Г., врач-онколог ГБУЗ «Республиканская клиническая больница им. Г.Г.Куватова», Республика Башкортостан, г. Уфа

«Лучший офтальмолог»

1-е место – Солдатов Л.Н., врач-офтальмолог КГБУЗ «Красноярская краевая офтальмологическая клиническая больница им. П.Г.Макарова», г. Красноярск

2-е место – Пухова О.В., врач-офтальмолог ГБУЗ «Областная клиническая больница № 3», г. Челябинск

3-е место – Наумова Т.Ю., врач-офтальмолог БУ «Республиканская клиническая офтальмологическая больница Министерства здравоохранения и социального развития Чувашской Республики», г. Чебоксары

«Лучший руководитель медицинской организации»

1-е место – Ушаков И.В., главный врач ОГАУЗ «Иркутский областной клинический консультативно-диагностический центр», г. Иркутск

2-е место – Лабышкина В.И., главный врач МБУЗ «Городская детская поликлиника № 3», Белгородская область, г. Старый Оскол

3-е место – Щукин А.В., главный врач БУЗ «Воронежская областная клиническая больница № 1», г. Воронеж

«Лучший санитарный врач»

1-е место – Бельтюкова Э.В., врач-эпидемиолог ОГБУЗ «Кировский областной клинический онкологический диспансер», г. Киров

2-е место – Графова Н.А., заведующая отделением – врач-вирусолог ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Смоленской области», г. Смоленск

3-е место – Григорьева Н.С., врач-бактериолог ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в городе Санкт-Петербург», г. Санкт-Петербург

«Лучший сельский врач»

1-е место – Тагирова И.Ю., заведующая филиалом «Нурлатская участковая больница» – врач общей практики (семейный врач) ГАУЗ «Зеленодольская центральная районная больница», Республика Татарстан, Зеленодольский район, с. Нурлаты

2-е место – Рудько М.Н., заведующая отделением – врач акушер-гинеколог КГБУЗ «Сухобузимская районная больница», Красноярский край, с. Сухобузимское

3-е место – Шмельёва А.Н., главный врач Барышевской участковой больницы ГБУЗ «Новосибирская районная больница № 1», Новосибирская область, с. Барышево

«Лучший травматолог-ортопед»

1-е место – Береговой Е.А., заведующий отделением – врач травматолог-ортопед НУЗ «Дорожная клиническая больница на станции Новосибирск – Главный ОАО «РЖД», г. Новосибирск

2-е место – Белокрылов Н.М., заведующий отделением – врач-травматолог-ортопед ГБУЗ «Пермская городская клиническая больница № 15», г. Пермь

3-е место – Григанов М.В., врач-травматолог-ортопед центра травматологии ГБУЗ «Александро-Мариинская областная клиническая больница», г. Астрахань

«Лучший фтизиатр»

1-е место – Пирумов П.А., заведующий отделением – врач-пульмонолог ГУ «Введенская городская клиническая больница», г. Санкт-Петербург

2-е место – Янбарисова Г.Р., заведующая отделением – врач-фтизиатр ГБУЗ «Республиканский клинический противотуберкулезный диспансер», Республика Башкортостан, г. Уфа

3-е место – Апраксина Н.А., врач-фтизиатр КУ «Республиканский противотуберкулезный диспансер», Чувашская Республика, г. Чебоксары

«Лучший хирург»

1-е место – Поршеников И.А., врач-хирург ГБУЗ «Государственная Новосибирская областная клиническая больница», г. Новосибирск

2-е место – Подольский Е.Н., заведующий отделением портальной гипертензии – врач-хирург ФГБУЗ «Западно-Сибирский медицинский центр Федерального медико-биологического агентства», г. Омск

3-е место – Музальков В.А., заведующий хирургическим отделением № 1 – врач-хирург БУЗ «Воронежская областная клиническая больница № 1», г. Воронеж

«Лучший эксперт»

1-е место – Ларина Т.В., заведующая патологоанатомическим отделением – врач-патологоанатом ГБУЗ «Самарская городская клиническая больница № 1 им. Н.И.Пирогова», г. Самара

2-е место – Бородулин Д.В., заведующий городским отделением судебно-медицинской экспертизы трупов – врач-судебно-медицинский эксперт ГКУЗ открытого типа «Пермское краевое бюро судебно-медицинской экспертизы», г. Пермь

3-е место – Огородникова И.Н., врач-патологоанатом ГБУЗ «Республиканская детская клиническая больница» Минздрава Республики Башкортостан, г. Уфа

«Лучший стоматолог»

1-е место – Цымбалов О.В., заведующий отделением – врач стоматолог-хирург ГБУЗ «Краевой клинический стоматологический центр» Минздрава Краснодарского края, г. Краснодар

2-е место – Абзалов Н.А., врач-стоматолог КГБУЗ «Павловская центральная районная больница», Алтайский край, с. Павловск

3-е место – Фоменко Л.Г., врач-стоматолог КГБУЗ «Стоматологическая поликлиника № 1», Алтайский край, г. Барнаул

«Лучший врач скорой медицинской помощи»

1-е место – Горбунова Н.П., врач скорой медицинской помощи КГБУЗ «Красноярская станция скорой медицинской помощи», г. Красноярск

2-е место – Ткачёв А.П., заведующий отделением – врач скорой медицинской помощи КУЗ «Воронежский областной клинический центр медицины катастроф», г. Воронеж

3-е место – Духовный А.Л., врач скорой медицинской помощи КГБУЗ «Станция скорой медицинской помощи г. Хабаровска», г. Хабаровск

«Специальная номинация»

1-е место – Туев А.В., заведующий кафедрой госпитальной терапии ГБУЗ ВПО «Пермский государственный медицинский университет им. Е.А.Вагнера», г. Пермь

2-е место – Баринин В.Н., заведующий отделением – врач-нефролог ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница им. В.Д.Середавина», г. Самара

3-е место – Лукина Н.В., заведующая медико-генетической консультацией – врач-генетик ОГБУЗ «Перинатальный центр», г. Смоленск

Пока недоношенный ребёнок находится в стационаре (выживание занимает от нескольких недель до 3 и более месяцев), все заботы о нём лежат на неонатологах и реаниматологах – главное, чтобы выжил, научился самостоятельно дышать, есть. Но вот состояние малыша, рождённого раньше срока, стабилизировалось, и его можно выписывать домой. Кто будет вести его дальше? Ведь покидающий специализированную клинику недоношенный ребёнок нуждается в особом внимании. Как обеспечить должное наблюдение на амбулаторном этапе? Об этом – наш разговор с руководителем Центра коррекции развития детей раннего возраста, заведующей отделением неонатологии и патологии детей раннего возраста Научно-исследовательского клинического института педиатрии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова, доктором медицинских наук, профессором Еленой КЕШИШЯН.

– Елена Соломоновна, у педиатров слова «недоношенный ребёнок» вызывают целый спектр эмоций. Одни боятся таких детей. Другие считают, что к недоношенному ребёнку нужно относиться, как к любому другому. Какова ваша точка зрения?

– Когда речь идёт о недоношенных детях, которые родились, например, на 35-36-й неделе, если у них нет никакого грубого перинатального поражения, то они достаточно быстро сравниваются со своими доношенными сверстниками. И в принципе опытный педиатр, который хоть когда-то наблюдал таких детей, может более или менее правильно контролировать их рост и развитие.

Но несколько лет назад наша страна перешла на новые критерии учёта живорождённости, и теперь уже с 23-й недели гестации новорождённые массой тела от 500 г подлежат реанимации. Понятно, что столь глубоко недоношенных выживает мало в силу их незрелости.

Но активное оснащение медучреждений, очень большое внимание государства к проблеме, обучение неонатологов привело к тому, что дети, рождённые на 28-29-й неделе гестации (то есть в 6 с половиной месяцев) массой тела около 1 кг, стали очень хорошо выживать. Однако они представляют большую сложность для врачей амбулаторного звена.

Поскольку таких детей не много, соответственно общие педиатры с ними практически не сталкиваются, у них нет опыта. Естественно, когда врач читает в карте, что ребёнок родился в 27 недель весом 980 г, у него сердце падает вниз, взять ответственность за такого кроху доктору, который не имеет с этим делом постоянно, очень страшно. Поэтому происходит невероятное утрирование любой ситуации, и в связи с этим предпринимается крайне массивное лечение (что мы выявили, проверяя амбулаторно-поликлинические карты). Ребёнку назначают чуть ли не весь арсенал аптеки. Потому что, если посмотреть по всем органам и системам, то везде есть нарушение. Возьмём сердце – имеется кардиопатия. Возьмём лёгкие – бронхо-лёгочная дисплазия. Возьмём глаза – ретинопатия. Со стороны кишечного тракта – неусваивание питательных веществ, запоры, срыгивания и т.д. Ну а уж невролог, вида, что ребёнок совершенно отличается по состоянию от других детей, непременно найдёт патологию (ведь когда малышу исполняется 3-3,5 месяца постнатальной жизни, по сути ему лишь 40-я неделя, он – новорождённый)!

Для врачей, которые никогда в жизни не встречались с такими пациентами, это испытание.

По моему мнению, «повесить» на педиатров ведение недоношенного ребёнка именно в первый год жизни было бы идеологически и методологически неправильным, у них и без того огромная нагрузка по наблюдению за доношенными детьми.

– А где же тогда недоношенные малыши должны наблюдаться?

Авторитетное мнение

Спасительный мост

Недоношенный ребёнок на амбулаторном этапе: надо ли бояться таких детей?



Елена Кешишян

– В специализированных отделениях. Этот вопрос уже решён на уровне государства. В своё время я приложила немало усилий, чтобы данное решение состоялось. В какой-то степени действовала против себя, потому что теперь в нашем отделении таких детей меньше, ведь большая часть из них наблюдается там, где организованы специализированные структуры.

– Вы имеете в виду отделения катамнеза в перинатальных центрах?

– Сначала это были маленькие кабинеты катамнеза при всех вторых этапах выхаживания. В них сидел один врач, зачастую неонатолог-совместитель. Но вскоре выяснилось, что это неэффективно, потому что неонатологу, как ни парадоксально, довольно трудно перейти на педиатрическое ведение пациента. За 15 лет работы нашего центра мы поняли, что это должен быть другой врач. Он должен иметь неонатальное образование плюс массу педиатрических специализаций, которые позволяют работать на этом стыке неонатологии и педиатрии.

Сегодня кабинетов катамнеза уже нет. Вместо них почти во всех перинатальных центрах созданы или амбулаторно-консультативные поликлиники для недоношенных детей, как в Научном центре акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова, или специализированные отделения последующего динамического наблюдения и реабилитации, как, например, в Ярославле. В этом заложен огромный смысл: недоношенные дети дальше наблюдаются там, где выхаживались, и неонатологи могут видеть результат своего труда. И врачи-специалисты, которые работают

там, знают, каким был малыш в самом начале.

А поликлиники по месту жительства «просто счастливы», что у них таких детей «забирают». И только когда недоношенный ребёнок сравнивается со своими доношенными сверстниками (обычно это происходит в 1,5-2 года), он передаётся в общую амбулаторно-поликлиническую сеть.

– Такое построение медицинского обеспечения недоношенных оптимально для крупных городов. Но ведь не все дети живут в мегаполисах, многие

ведение недоношенных детей в постнеонатальном периоде имеет безусловную специфику. Поэтому будущее – за отделениями динамического наблюдения и реабилитации, которые должны вести недоношенных и после выписки из стационара второго этапа. Работая с большим контингентом таких детей, специалисты приобретают всё больше опыта.

– Что составляет основу коррекции в вашем центре?

– В нашей стране почему-то считается, что недоношенные дети заведомо больны, что им

Главное наше ноу-хау – единый врач, то есть основной ведущий доктор, который контролирует и наблюдает ребёнка на протяжении всего первого года. Все остальные специалисты – только консультанты, к которым он обращается лишь тогда, когда сам не справляется.

Единый врач определяет первоочередность мероприятий, основное направление сегодняшнего дня. Например, если у ребёнка имеются поражения нервной системы, выраженная незрелость, бронхо-лёгочная

– в небольших населённых пунктах, где ребёнок после выписки попадает просто к участковому педиатру.

– Педиатр, особенно общей практики, вести самостоятельно глубоко-конедошенного ребёнка, скорее всего, не сможет. Поэтому, когда выписывают детей из стационаров второго этапа выхаживания домой, в маленькие районы, даются развёрнутые рекомендации. Кроме того, такие пациенты должны госпитализироваться примерно 3 раза в год в отделения раннего возраста для контроля их состояния, проведения диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий. На мой взгляд, целе-

сообразно на государственном или региональном уровне решить вопрос о выделении денег на их проезд от места проживания до специализированного стационара. Экономически, с учётом возможности избежать инвалидизирующих состояний – это, несомненно, оправдано.

К тому же в выписках, как правило, указываются телефоны

требуется постоянное стимулирующее лечение, причём терапию следует начинать как можно раньше. Но на сегодня все специалисты, занимающиеся этими проблемами, убеждены, что «спешить надо медленно», что излишнее рвение нередко приводит к обратному результату. И прежде всего требуется решение о необходимости хоть какого-то лечения. Допустим, у ребёнка фактический возраст – 6 месяцев, но скорректированный возраст – всего 3 месяца. И в принципе на свои 3 месяца он всё может. Если есть поступательное развитие, нужно ли применять медикаментозные и физические методы коррекции?

За минувшие 15 лет существования центра мы значительно изменили алгоритм наблюдения, уменьшили количество обследований (поняли, что это не нужно), в десятку раз сократили лечебную активность, существенно увеличили длительность охранительного режима, сумели доказать родителям бессмысленность метания по разным врачам, вред массивной терапии и больших физических нагрузок по крайней мере в первые полгода. Реабилитационные и корригирующие мероприятия должны быть проведены в нужные сроки и с помощью правильно подобранных средств. Следует выждать период, необходимый для того, чтобы у ребёнка

дисплазия, ретинопатия, ферментопатия, то не имеет смысла лечить всё сразу (ни одна печень не выдержит). Например, в первую очередь надо решить вопрос с глазами (промедление здесь недопустимо), а всё остальное отложить. Мы не можем дать малышу 20 препаратов, а должны ограничиться одним-двумя. Иначе он не будет усваивать, а главное – мы не поймём, что в этом «коктейле» действует и как.

Самое большое значение придаём оценке развития.

Понятно, что рождение детей на 25-26-й неделе не может быть нормой. Причиной столь раннего появления на свет является заболевание, неблагополучие или плода, или матери. Среди недоношенных огромное количество детей с генетическими проблемами, которые сразу не видны, они выявляются к концу первого года жизни, когда выясняется, что развитие ребёнка идёт не по тому пути, который предполагался бы, исходя из имевшейся у него патологии. Вот сейчас у нас лежит такой пациент: тяжёлой перинатальной патологии мозга нет, неплохая двигательная реакция, но абсолютно отсутствует интерес к матери, к окружающему миру, что заставляет заподозрить генетические нарушения познавательного развития, ранний аутизм.

Данный пример показывает:



Недоношенный ребёнок нуждается в особом внимании не только на госпитальном этапе, но и на амбулаторном

неонатолога или врачей специализированных отделений последующего наблюдения, с которым можно связаться и обсудить, что делать в конкретной ситуации. И большинство медицинских работников на местах этим пользуются.

началось естественное включение участков, которые можно стимулировать. То есть важно попасть именно в тот момент, когда это ребёнку реально требуется. Опыт показал, что если вмешиваться рано и агрессивно, наступает декомпенсация.

врач, который работает в этой области, должен быть и педиатром, и неонатологом, и генетиком, и неврологом, и нутрициологом, и иммунологом – словом, обладать большим объёмом знаний, чтобы разбираться в конгломерате проблем.

– Как всё-таки врачу определить, где норма, а где патология для недоношенного ребёнка.

– Главным критерием здоровья ребёнка является последовательный прирост его навыков, то есть развитие во всём комплексе: физическое, психическое, моторное. Система оценки развития непростая. Она существует во всём мире. Мы её внедрили и как скрининговую, и как углублённую, чтобы выявлять, в чём имеются отклонения.

В этом помогают специальные шкалы (например, шкала КАТ/КЛАМС). Мы смотрим, как формируются навыки относительно скорректированного возраста (скажем, взял игрушку, улыбнулся маме, начал переворачиваться на бок и т.д.). Если навык формируется, значит, всё идёт так, как надо. Если не формируется, стоит поискать патологию. Это применимо и для доношенных и для недоношенных детей. Просто темпы прироста навыков будут разные. Самое главное оценить – есть динамика или нет, при этом важно ориентироваться на скорректированный возраст.

Подчеркну, смысл заключается не в том, что мы должны посмотреть, когда ребёнок перевернулся или сел, а в том, чтобы оценить его по разным линиям развития, которое включает познавательную, речевую функцию, соотношение «глаз – рука», контакт с ухаживающими и т.д.

У себя в центре мы рисуем соответствующие графики, чтобы выявить, где и когда появляются отклонения, и решить вопрос, надо или нет что-то предпринять из физических или медикаментозных методов.

Осматриваем ребёнка ежемесячно с оценкой его психомоторного развития и приобретённых умений. При обнаружении отклонений устанавливаем причину неблагополучия и направляем усилия на её коррекцию.

Разброс может быть большим: от отсутствия отклонения до выявления нейросенсорных нарушений, даже иногда психологических.

– Психологические нарушения у ребёнка? Как это может быть в столь раннем возрасте?

– Поясняю. Когда родители видят, что их дитя растёт не таким, как все остальные, что у него велик риск стать инвалидом, они испытывают сложные психологические состояния, что сказывается на отношении к ребёнку, взаимодействии с ним.

– Психологические нарушения у ребёнка? Как это может быть в столь раннем возрасте?

– Поясняю. Когда родители видят, что их дитя растёт не таким, как все остальные, что у него велик риск стать инвалидом, они испытывают сложные психологические состояния, что сказывается на отношении к ребёнку, взаимодействии с ним.

– Какие ошибки допускают врачи?

– Самые частые ошибки: излишняя медикаментозная терапия, очень раннее назначение физических воздействий.

– Имеется в виду массаж, гимнастика?

– Да. Их назначение без учёта степени недоношенности и особенностей развития приводит к возникновению судорог, в первую очередь у детей с перинатальными повреждениями. Возраст 4-6 месяцев постнатальной жизни для недоношенных является критичным. Они не могут сделать то, что делают доношенные дети в 4-6 месяцев. Поэтому обращаем внимание докторов: считайте скорректированный возраст, то есть сколько бы месяцев ребёнку было, а уж исходя из него, рекомендуем, скажем, физические упражнения. Иногда детей выписывают из стационара, а они,

по сути, ещё не родившиеся, им ещё 38 недель, хотя уже прожили 2 месяца.

– То есть следует считать: внутриутробный период плюс постнатальный?

– Безусловно. Эти недели недоношенности должны быть учтены, перепрыгивать через них нельзя.

Нередко встречается и другой вариант отношения к глубоко-недоношенным детям: «Ребёнок очень маленький, может отставать от сверстников. Ничего страшного, созреет сам собой». И пропускается тяжелейшая патология. Особенно благодушно настроены доктора, когда малыш хорошо прибавляет в весе – почему-то это считается единственно важным моментом.

– Существует точка зрения, что если ребёнок очень интенсивно набирает вес, быстро растёт, то у него будут проблемы во взрослом состоянии в виде сердечно-сосудистой, эндокринной патологии. Это утверждение актуально и для недоношенных, или же оно касается только доношенных?

– Больше характерно для доношенных. Хотя излишне быстрый рост у недоношенного ребёнка – всегда очень подозрителен в плане метаболического синдрома и последующего диабета, как и у доношенных детей. Однако среди недоношенных детей гиперприбавка массы крайне редка. Поэтому первое, что я сделаю в подобном случае, стану обследовать на наличие генетической патологии.

Возвращаясь к вопросу об ошибках, подчеркну, врачам стоит больше внимания уделять консультированию семьи и меньше использовать медикаментозные и физические средства, по крайней мере в первые полгода.

– Как раз консультированием российские врачи, мне кажется, не очень хорошо владеют. Им проще выпустить препарат и тем самым считать свой долг выполненным.

– Это – большая проблема медицинского образования. В вузах не преподают методологию консультирования, поэтому выпускники не знают, что делать, как вести разговор. Обычно врач «тарбанит» всё, что хочет сказать. Пациент мало что понимает, выполнить, естественно, всё не может, но врача это почти не интересует.

Пытаясь исправить ситуацию, я в прошлом году читала всюду лекции по консультированию.

– Педиатры часто встают перед вопросом, как и когда вакцинировать ребёнка, рождённого раньше срока?

– Вакцинировать недоношенных детей надо в первую очередь, потому что они – самые слабые, и больше чем кто-либо нуждаются в защите от инфекций. Мы их прививаем очень рано. Но врачи на местах очень боятся вакцинировать. Впрочем, они испытывают затруднения и со вскармливанием. Если ребёнок не усваивает пищу, сразу стараются госпитализировать, а это чревато последствиями, потому что если его госпитализируют в инфекционное отделение, там он мгновенно заболевает. Если госпитализируют в общепедиатрическое отделение, там его очень интенсивно лечат.

Конечно, проблемы мы стараемся решать путём внедрения стандартов и протоколов. Но всё равно природа во многом идёт своим путём, который зачастую не такой срединный и правильный, как бы мы хотели. Поэтому эта довольно узкая область – ведение недоношенных детей – думаю, имеет право на существование, представляя собой как бы мостик между неонатологией и педиатрией.

Беседу вела
Валентина ЕВЛАНОВА,
корр. «МГ».

Фото Юрия ЛУНЬКОВА.

Демография

Новое лицо новой России

В 2015-2016 гг. в России, согласно госпрограмме, должны открыться все 32 строящихся перинатальных центра



Во время знакомства со здравоохранением области

«Для государства демографическая политика – абсолютный приоритет. В прошлом году в стране родилось на 37 тыс. малышей больше, чем когда бы то ни было. Мы вышли на абсолютный пик рождаемости за всю историю новой России», – заявила на торжественном открытии перинатального центра в Дзержинске Нижегородской области заместитель председателя Правительства РФ Ольга Голодец.

Первенец удался на славу

Заметив, что Дзержинский перинатальный центр сдан в эксплуатацию первым по госпрограмме, которая стартовала в стране в 2013 г., вице-премьер обратила внимание на то, что центр «хорошо оснащён абсолютно по всем мировым стандартам и требованиям». «И сегодня все жители Дзержинска и той части области, которая относится к этому району, получили возможность оказания на высоком технологическом уровне помощи по родовспоможению», – продолжила О. Голодец. – На самом деле, от того, как проходят роды, от того, насколько комфортно они проходят, и от того, насколько своевременно оказывается помощь маме, ребёнку, зависят благополучие и счастье семьи».

Как уточнил губернатор Нижегородской области Валерий Шанцев, получая медицинскую помощь в Дзержинском перинатальном центре будут в основном жители этого города, а также Балахнинского и Володарского районов области, заречной части Нижнего

Новгорода. «Но это не значит, что сюда не будут поступать в каких-то экстренных случаях женщины из других районов, потому что это – уникальный центр, – сказал глава региона. – Наша задача на перспективу – открыть на базе больницы №40 Нижнего Новгорода третью очередь акушерского корпуса, и тогда мы закончим формирование трёхуровневой системы оказания помощи при родовспоможении».

Первый уровень этой программы, которая формируется по решению областного правительства, – акушерско-гинекологические отделения ЦРБ, где принимаются роды при низкой степени перинатального риска. В настоящее время в регионе насчитывается 35 учреждений родовспоможения этого уровня. Второй уровень – 13 межрайонных перинатальных центров, где принимаются роды средней степени перинатального риска.

И, наконец, третий уровень – высокотехнологическая помощь. До открытия перинатального центра в Дзержинске беременные женщины высокой степени перинатального риска направлялись в акушерское отделение городской клинической больницы №40 Нижнего Новгорода, выполняющее функцию областного перинатального центра. После открытия центра в Дзержинске это отделение сохранит свою функцию в структуре родовспоможения региона.

А Дзержинский перинатальный центр мощностью 150 коек по праву станет главным родильным домом не только этого города химиков с населением чуть менее 250 тыс. человек, но и всей округи. Центр будет также координировать

всю методическую работу службы родовспоможения в Нижегородской области. В учреждении создан акушерский дистанционный консультативный центр с выездными анестезиолого-реанимационными акушерскими бригадами для оказания экстренной и неотложной помощи.

Национальная стратегия работает

За последние 9 лет рождаемость в Нижегородской области увеличилась на 33,7%.

«Чтобы достичь таких результатов, чтобы дети были здоровы, а мамы чувствовали себя комфортно, нужны хорошие условия, – подчеркнула О. Голодец. – А перинатальные центры и учреждения родовспоможения занимают особое место в здравоохранении. Когда нам приходится обращаться в больницу, это всегда какая-то беда и проблема, и только посещение роддомов не просто естественно, это самая большая радость в жизни женщины, семьи и общества. На самом деле, от того, как проходят роды, от того, насколько комфортно они проходят и от того, насколько своевременно оказывается помощь маме, ребёнку, зависят благополучие и счастье семьи».

В заключение вице-премьер пожелала, «чтобы все дети, которые рождаются в Дзержинском перинатальном центре, были здоровы, а молодые семьи радовались и приходили сюда ещё и ещё».

В 2015-2016 гг. должны открыться все остальные, строящиеся по госпрограмме перинатальных центра. А это ещё 31 такое медучреждение практически по всей России.

«Национальная стратегия действий в интересах детей на 2012–2017 гг. разработана и работает. В основе нашего плана лежит политика поддержки рождаемости, поддержки материнства и детства», – заявила в конце мая на заседании координационного совета при Президенте РФ по реализации этой стратегии О. Голодец. По её словам, сегодня удалось достичь хорошего суммарного коэффициента рождаемости: 1,75 ребёнка на женщину фертильного возраста. Столь высокого показателя планировалось достигнуть в стране лишь к 2018 г.

Константин ЩЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

Перспективы

Флагманский проект

На полях недавнего XIX Петербургского международного экономического форума, где обсуждались ключевые вопросы глобальной и национальной повестки, достигнуто соглашение по сотрудничеству администрации Санкт-Петербурга и Центра ядерной медицины Международного института биологических систем им. С.М.Березина.

Речь – о реализации инвестиционного проекта, имеющего целью создание и эксплуатацию центра

протонной лучевой терапии, где высокотехнологичную помощь ежегодно смогут получать более 800 пациентов, страдающих онкологическими заболеваниями.

В церемонии подписания соглашения губернатором Георгием Полтавченко и исполняющим обязанности генерального директора Центра ядерной медицины Международного института биологических систем Аркадием Столпнером участвовала министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова. По словам руководителя отрасли, центр протонной лучевой терапии,

чьё строительство в Приморском районе Северной столицы планируется завершить в 2017 г., – это флагманский проект.

Действительно, подобного проекта в российском здравоохранении пока не существует. «Он уникален и по своим технологическим возможностям, и по объёму инвестиций, которые составят порядка 8 млрд руб., – сообщил Г. Полтавченко.

Владимир КЛЬШНИКОВ,
соб. корр. «МГ».

Санкт-Петербург.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 41 (1893)

Сахарный диабет (СД) признан экспертами ВОЗ неинфекционной эпидемией и представляет серьёзную медико-социальную проблему. Так, в 2010 г. СД страдало около 6,4% (285 млн) жителей планеты. К 2030 г. ожидается увеличение количества больных до 7,7% (439 млн). В то же время ишемическая болезнь сердца (ИБС) является основной причиной смерти больных СД, причём 90% больных страдает СД 2-го типа.

Согласно данным метаанализа 37 проспективных когортных исследований, выявлено 50%-ное увеличение риска фатальных форм ИБС у пациентов с нарушением углеводного обмена, в том числе с СД 2-го типа.

Развитие СД 2-го типа связано с 2-4-кратным увеличением риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и мозгового инсульта у мужчин и 5-7-кратным – у женщин.

Наличие СД сопряжено с возникновением всех форм ИБС – стенокардии, безболевой ишемии миокарда, инфаркта миокарда, внезапной сердечной смерти. Имеются все основания рассматривать СД как своеобразное сердечно-сосудистое заболевание. Наличие СД сопряжено с существованием не одного, а одновременно нескольких факторов риска ИБС. При одном и том же числе имеющих факторов риска смертность от сердечно-сосудистых заболеваний у больных СД значительно выше.

Особенности развития и течения ИБС при СД

Сахарный диабет – независимый фактор смертности при ИБС. Риск развития ИБС при сахарном диабете повышен в 3-5 раз. Развитие ИБС на фоне СД зависит в большей степени от длительности, чем от тяжести течения СД. Осложнения ИБС развиваются на фоне СД раньше. К 50-летнему возрасту до 40-50% лиц с СД переносят по меньшей мере один острый коронарный синдром. Среди лиц без СД, он случается лишь у 7% в этом возрасте.

ИБС на фоне СД часто протекает бессимптомно (безболевая ишемия миокарда), вплоть до безболевых инфарктов. ИБС при СД чаще осложняется нестабильной стенокардией, инфарктом миокарда, жизнеопасными нарушениями ритма. При ИБС на фоне СД быстрее развивается застойная сердечная недостаточность, в том числе после инфаркта.

ИБС при СД часто проявляется диффузным поражением коронарных артерий, включая дистальные участки коронарного русла, что затрудняет проведение коронарного шунтирования и баллонной ангиопластики.

Дополнительные факторы риска неблагоприятных исходов ИБС при СД:

- гиперкалиемия;
- артериальная гипертензия (АГ);
- андронное ожирение;
- высокий уровень свободных жирных кислот в плазме;
- диабетическая дислипидемия (высокие уровни триглицеридов, холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП), низкий уровень холестерина липопротеинов высокой плотности (ХС ЛПВП));
- диабетическая ретинопатия;
- заболевания периферических артерий;
- инсулинорезистентность;
- отягощённый семейный анамнез, генетическая предрасположенность;
- синдром гиперкоагуляции.

В основе ускоренного развития ИБС при СД участвуют структурно-функциональные изменения крупных, средних и мелких коронарных артерий, нарушение иннервации сердца, неблагоприятное сочетание метаболических факторов риска атеросклероза:

- дисфункция мелких коронарных артерий, снижение коронарного резерва;
- диффузное поражение коронарных артерий;

- снижение фибринолитической активности крови;
- активация агрегационной функции тромбоцитов;
- дисфункция вегетативной нервной системы, повышение болевого порога миокарда, учащение возникновения желудочковых аритмий.

Диагностика

ИБС при СД встречается в более молодом возрасте, часто носит безболевой характер, что затрудняет диагностику и терапию. При СД следует активно проводить скрининговые исследования для выявления ИБС (обычные и визу-

альную роль в развитии атеросклероза и делают пациентов с СД максимально уязвимыми для ИБС, инсульта, болезни периферических сосудов.

Наиболее частым проявлением дислипидемии при СД является повышение уровня триглицеридов (липопротеинов очень низкой плотности), повышение фракции малых плотных ЛПНП и снижение концентрации ЛПВП – «липидная триада».

«Липидная триада» является типом атерогенной дислипидемии, которая не зависит от повышенного уровня общего ХС и ХС ЛПНП.

Атерогенная дислипидемия при СД – диабетическая дислипидемия, при этом часто отмечается повышение общего апопротеина В, инсулинорезистентность. При дислипидемии развитие атеросклероза происходит без одновременного повышения уровня ХС ЛПНП. Концентрация общего ХС и ХС ЛПНП достоверно не отличается от аналогичных показателей у лиц без СД.

Для больных СД 2-го типа показатель наличие более мелких и плотных под-

При выборе гиполипидемического препарата пациентам с СД фибраты могут служить альтернативой статинам, когда имеются противопоказания к назначению статинов. В официальных рекомендациях статины прописаны с целью длительной профилактики ССЗ и их осложнений. При противопоказаниях к приёму статинов для коррекции липидов плазмы при СД возможно назначение фибратов.

На долю атеросклеротических поражений приходится до 75% всех госпитализаций по поводу диабетических осложнений.

При СД принципиально возможно возникновение всех форм ИБС, как болевых, так и особенно безболевых. Наличие «тотальных» микроангиопатий и невропатий при СД предопределяет формирование безболевых вариантов ИБС. В этом плане понятно развитие безболевых инфарктов миокарда, атипичных приступов стенокардии, протекающих с эквивалентами в форме нарушений сердечного ритма, сердечной недостаточности.

Некоторые клинические особенности ИБС у больных СД:

Сахарный диабет и патология органов кровообращения

Тактика гиполипидемической терапии у больных СД 2-го типа

1. Снижение ХС ЛПНП	Ингибиторы ГМК-КоА-редуктазы (статины)
2. Повышение ХС ЛПВП	
3. Снижение триглицеридов	> Контроль уровня глюкозы. > Фибраты (трайкор-фенофибрат, ципрофибрат, гемфибразил) > Статины при сочетании ГТГМ, высокого уровня ХС ЛПНП
4. Сочетанная гиперлипидемия	1. Улучшение контроля глюкозы + статины 2. Улучшение контроля глюкозы + статины + фибраты (фенофибрат) 3. Улучшение контроля глюкозы крови + статины + никотиновая кислота

ализирующие стресс-тесты, суточное ЭКГ-мониторирование), особенно при наличии дополнительных факторов риска (АГ, ожирение, курение, гиперлипидемия и др.). При наличии СД и ИБС следует использовать коронароангиографию и, по показаниям, реваскуляризацию миокарда.

Лечение

Немедикаментозные мероприятия:

- Снижение избыточной массы тела.
- Повышение двигательной активности.
- Соблюдение строгой диеты.
- Отказ от курения.

Медикаментозная терапия:

- Снижение артериального давления (АД) диастолическое < 85 мм рт.ст.).
- Возможно применение большинства средств, за исключением альфа-адреноблокаторов.
- Целесообразно использовать комбинированную гипотензивную терапию.
- Использование кардиоселективных β-адреноблокаторов при СД (бисопролол, метопролол, небиволол, карведилол).
- Гипотензивная терапия ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ), антагонистами рецепторов ангиотензина (АРА).

Дислипидемия при СД

Основным фактором риска ССЗ у пациентов с СД 2-го типа является диабетическая дислипидемия – повышение уровня триглицеридов, низкий уровень ХС ЛПВП, увеличение количества плотных частиц ЛПНП, которые повышают атерогенный риск. Указанные изменения играют суще-

ственно, по-видимому, способствуя усилению риска атерогенеза при отсутствии значительного увеличения ХС ЛПНП.

Контроль гликемии у пациентов СД 2-го типа не всегда ведёт к нормализации повышенного уровня триглицеридов и сниженного содержания ХС ЛПВП по сравнению с лицами без СД.

По данным Американской диабетической ассоциации, не менее 50% больных СД 2-го типа имеют уровень триглицеридов 2,3 ммоль/л, у 85-90% – 4,5 ммоль/л.

Для пациентов с ИБС при СД 2-го типа показатель агрессивное течение атеросклероза коронарных артерий, что требует применения комбинированной гиполипидемической терапии (статины + фибраты). Подключение фенофибрата (трайкора) к стандартной терапии приводит к надёжному контролю за показателями липидного обмена – снижению уровня триглицеридов, ЛПНП, повышению ЛПВП (см. табл.).

Установлено, что позитивное влияние симвастатина не зависит от его воздействия на липиды плазмы, а также от их исходного уровня. Одним из механизмов этого явления считают противовоспалительное действие статинов на сосудистую стенку и локальное ингибирование воспалительных процессов атеросклеротических бляшек, что способствует их стабилизации.

Риск комбинированного неблагоприятного исхода (смерть, инфаркт миокарда, реваскуляризация миокарда, госпитализация из-за стенокардии) на фоне лечения фенофибратом (200 мг/сут) снизился на 23%, что было показано в испытании DAJS.

- Одинаковая частота у мужчин и у женщин.

- Высокая частота безболевых форм ИБС (безболевая ишемия миокарда, безболевой инфаркт миокарда).

- Частое развитие постинфарктных осложнений.

- Смертность в остром (10 дней) и подостром (4-8 недель) периодах инфаркта миокарда в 2 раза превышает таковую у лиц без СД.

У больных СД в 10-25% случаев, то есть в 2 раза чаще, чем обычно, встречается безболевая инфаркт миокарда, что связывают с автономной кардиальной невропатией.

Особого внимания при СД заслуживает форма ИБС – безболевая ишемия миокарда. Она заключается в преходящих нарушениях метаболизма, функции, перфузии, электрической активности миокарда, которые не проявляются приступами стенокардии или её эквивалентами.

В условиях СД, когда максимально выражена угроза неблагоприятных исходов от различных проявлений ИБС, следует стремиться к возможной ликвидации всех эпизодов ишемии миокарда, а не только купирования типичных приступов стенокардии (избавление от «общего ишемического бремени» – total ischemic burden). Этого в определённой мере можно достичь путём снижения частоты и продолжительности эпизодов депрессий сегмента ST при холтеровском мониторинге ЭКГ, которое должно шире использоваться у пациентов СД для оценки эффективности антиишемического лечения.

Ведущая роль в развитии сосудистых осложнений СД принадлежит хронической гипергликемии, способствующей нарушению липидного обмена и эндотелиальной дисфункции.

В лечении и профилактике сосудистых осложнений СД следует стремиться к компенсации углеводного обмена. По-видимому, контроль гипергликемии играет ведущую роль в снижении сердечно-сосудистой смертности у больных СД 2-го типа.

Самый ранний маркёр поражения почек при СД – микроальбуминурия. Обнаружение её при СД 2-го типа является предвестником клинической стадии диабетической нефропатии и существенным фактором риска формирования сердечно-сосудистой патологии.

Все стадии диабетической нефропатии ассоциируются с наличием и дальнейшим прогрессирующим сердечно-сосудистым осложнениям.

Стойкая альбуминурия на уровне 30-299 мг/24 часа (или микроальбуминурия) служит маркером нефропатии и одновременно маркером риска развития сердечно-сосудистых осложнений.

Классическое Фремингемское исследование достаточно убедительно подтвердило повышение риска развития сердечной недостаточности у больных СД – у мужчин в 4 раза, у женщин – в 8 раз чаще, чем у лиц без СД. Наличие сердечной недостаточности, по данным российского исследования ЭПОХА, является существенным предиктором развития в дальнейшем СД. В общей популяции распространённость СД составляет 2,9%, а среди больных с сердечной недостаточностью III-IV функционального класса – 15,8%. При хронической сердечной недостаточности наличие СД 2-го типа заметно ухудшает прогноз, особенно у женщин (на 45%).

Достоверное ухудшение прогноза отмечается у пациентов с СД и достаточно сохранной фракцией выброса левого желудочка (> 38%) на 46% и АД систолическое > 120 мм рт.ст. на 42%. При низкой фракции выброса и гипотонии неблагоприятный прогноз определяется выраженностью хронической сердечной недостаточности.

При СД миокард поражается независимо от наличия атеросклероза коронарных артерий («диабетическая микроангиопатия»). Изменения в сосудах сердца проявляются в виде микроангиопатий, нарушается микроциркуляция с морфофункциональными изменениями миокарда. Нарушается биоэлектрическая активность миокарда, снижается его сократительная способность с тенденцией к развитию декомпенсации кровообращения. Изменяется также невrogenная регуляция сердца – диабетическая вегетоневропатия.

При длительном течении СД, особенно 2-го типа, атеросклеротические изменения касаются не только магистральных артерий, но и артерий среднего и малого калибра.

У больных СД 2-го типа выражена гипертрофия миокарда, способствующая нарушению коронарного кровообращения.

Прогрессирование гипертрофии и дилатации левого желудочка снижает его сократительную функцию, происходит напряжение его стенок во время систолы, что способствует увеличению потребности миокарда в кислороде, развитию кардиосклероза. Диабетическая кардиальная вегетоневропатия сопровождается тахикардией; при СД нередко развивается гиперкинетический вариант центральной гемодинамики с увеличением объёма циркулирующей крови.

Недостаточность кровообращения при СД может быть обусловлена:

- уменьшением количества миокарда с нормальными сократительными волокнами;
- аневризмой левого желудочка после инфаркта миокарда;
- митральной регургитацией вследствие дисфункции папиллярных мышц.

При гиперинсулинизме повышается склонность сосудистой стенки к развитию атеросклероза под воздействием инсулина.

Инсулинорезистентность увеличивает риск развития осложнённого инфаркта миокарда и повторных сердечно-сосудистых событий. Нарушения углеводного обмена как фактор риска развития инфаркта миокарда имеют большое значение для женщин, с возрастом увеличивается число пациенток с нарушением толерантности к глюкозе и СД 2-го типа, имеется тенденция к увеличению уровня инсулина как маркера развития инсулинорезистентности, что ухудшает прогноз для этой группы больных.

Снижение сократительной способности миокарда при СД и ИБС обусловлено кардиальными и некардиальными факторами. Диабетическая миокардиодистрофия в своей основе связана с нарушением метаболизма кардиомиоцитов, имеют значение также диабетическая вегетоневропатия и микроангиопатия.

Прогрессирующее развитие ИБС при СД обусловлено выраженными коронарным атеросклерозом и метаболическими нарушениями. Кардиальные нарушения у больных СД 2-го типа характеризуются также нарушением диастолической функции левого желудочка. Для микроальбуминурии – стадии диабетической нефропатии – характерны гипертрофия и диастолическая дисфункция ЛЖ, снижение глобальной сократительной способности миокарда.

Гиперкалиемия, инсулинорезистентность и гиперинсулинемия способствуют диффузному повреждению эндотелия, развитию дислипидемии и окислительному стрессу, приводя к формированию атеросклеротических бляшек с возможным разрывом их фиброзной покрышки.

Диабетическая «кардиомиопатия» сопровождается микроангиопатиями сосудов сердца, нарушениями микроциркуляции с последующим функциональным и морфологическим изменениями миокарда. Она проявляется гипертрофией кардиомиоцитов, миокардиальным фиброзом.

Повышенное содержание коллагена в миокарде, гипертрофия ЛЖ приводят к потере эластичности с появлением «жесткости», ригидности сердечной мышцы.

Следовательно, в формировании поражения сердца при СД принимают участие ряд патогенетических механизмов – микроангиопатия с атеросклерозом коронарных артерий, нарушение метаболизма миокарда, расстройство микроциркуляции в форме диабетической микроангиопатии.

Поражение сердца при СД требует «агрессивного» профилактического и лечебного воздействия.

Действие гиперинсулинемии и инсулинорезистентности на формирование атеросклероза в большей мере связано с их влиянием на процессы свёртывания крови – увеличивается агрегация тромбоцитов, снижается фибринолитическая активность, повышаются синтез и активность ингибитора активатора тканевого плазминогена-1.

Улучшение прогноза у пациентов с СД, ИБС и сердечной недостаточностью предполагает жёсткий метаболический контроль за целевыми уровнями глюкозы и АД.

Лечение АГ у больных СД 2-го типа признаётся одним из эффективных средств снижения риска макрососудистых осложнений. У больных СД уменьшение частоты развития ИБС, инсульта, диабетической нефропатии достигалось при снижении АД < 140/90 мм рт.ст.

Мероприятия по ограничению потребления натрия, алкоголя, регулярное употребление овощей, фруктов, обезжиренных молочных продуктов, повышение физической активности способны снижать АД, они чаще являются фоном для медикаментозной терапии, которая рекомендуется при САД ≥ 140 мм рт.ст. и/или ДАД ≥ 90 мм рт.ст.

Снижение АД антигипертензивными препаратами – иАПФ, блокаторы рецепторов ангиотензина, β-адреноблокаторы, диуретики, антагонисты кальция – приводит к уменьшению риска сердечно-сосудистых осложнений у больных СД.

Прогностическая польза активной антигипертензивной терапии у больных с впервые выявленным СД 2-го типа установлена в исследовании UKPDS.

В исследовании ADVANCE оценивали влияние добавления к терапии фиксированной комбинации периндоприл/индапамид (периндоприл 5 мг + индапамид 1,25 мг), лаборатория Servier, Франция). На основании результатов исследования ADVANCE фиксированная комбинация периндоприл/индапамид признаётся терапией первого ряда для снижения макро- и микрососудистых осложнений, смертельного исхода в европейских и американских рекомендациях по лечению больных СД.

Согласно исследования ADVANCE-ON, после терапии с использованием фиксированной комбинации периндоприл/индапамид в течение 4,5 лет зарегистрировано статистически значимое снижение общей и сердечно-сосудистой смертности, оно сохраняется до 10 лет.

Наиболее часто АГ и сердечно-сосудистые заболевания развиваются на фоне уже существующего СД 2-го типа. Такое сочетание несёт в себе огромный риск быстрого развития и прогрессирования сердечно-сосудистых осложнений, характерных как для АГ, так и для СД, поскольку органы-мишени для АГ и СД одни и те же: миокард, венечные артерии, сосуды мозга, почек и сетчатки.

При подобном сочетании частота развития ИБС возрастает в 3,5-4 раза, остро нарушения мозгового кровообращения – в 3 раза, хронической почечной недостаточности – в 30 раз, полной потери зрения вследствие ретинопатии – в 4-5 раз по сравнению с изолированным эффектом АГ.

Объяснение развития АГ при СД 2-го типа связано с активацией механизмов, регулирующих уровень АД, что прежде всего касается гиперактивации симпатической нервной системы. Под влиянием этого нарушается обмен норадреналина, что приводит к выраженной тканевой гиперсимпатикотонии, симпатической стимуляции сердца, сосудов, почек, способствует повышению АД.

Контроль уровня АД, по данным Международной федерации по диабету (1999), способствует снижению риска сердечно-сосудистых осложнений у больных СД 2-го типа на 51%.

Основной причиной взаимоусиливающего воздействия АГ и СД на органы-мишени является повышенная ранимость сосудистой эндотелия, который в условиях сопутствующего СД подвергается действию не только повышенного АД, но и хронической гипергликемии, конечных продуктов гликозилирования и влиянию окислительного стресса.

У пациентов СД 2-го типа с АГ, осложнённой кардиоваскулярной формой нейропатии, небиволол оказывает положительное влияние на эндотелий сосудов, чем другие β-адреноблокаторы.

Выработаны более жёсткие требования к контролю АД при СД. Величина АД при СД не должна превышать 130/80 мм рт.ст., а при наличии выраженной нефропатии – 125/75 мм рт.ст. При таких требованиях удаётся затормозить прогрессирование сосудистых осложнений при СД.

В исследовании DIGAMI инфузия глюкозоинсулиновой смеси с последующим 3-месячным курсом подкожных инъекций высоких доз инсулина приводила к значительному улучшению прогноза больных СД, перенёвших инфаркт миокарда.

Перспективные клинические исследования DCCT, UKPDS показали, что улучшение гликемического контроля сопровождается устойчивым снижением риска ретинопатии, нефропатии, а также достоверного снижения риска микрососудистых осложнений на 25% и недостоверного уменьшения риска инфаркта миокарда на 16%. Таким образом, при тщательном контроле гликемии возможно улучшение течения ИБС.

Целью антилипидного лечения является достижение уровня общего ХС < 4,5 ммоль/л, ХС ЛПНП < 2,6 ммоль/л. Оптимальный уровень ХС ЛПВП > 1,02 ммоль/л у мужчин, > 1,28 ммоль/л у женщин. Существенным считается достижение концентрации триглицеридов < 1,7 ммоль/л. Коррекция уровня триглицеридов осуществляется контролем гликемии.

Результаты литературных и собственных исследований свидетельствуют об эффективности и безопасности применения ряда β-адреноблокаторов у больных с СД. Предпочтительно использование высокоселективных препаратов (небиволол и др.) Они не оказывают негативного влияния на чувствительность тканей к инсулину и липидный обмен. Следовательно, не обладают диабетогенным действием. Показано, что у больных СД с ИБС применение высокоселективных β-адреноблокаторов эффективно и способствует снижению смертности при остром коронарном синдроме (нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда).

Ведущая роль принадлежит статинам (симвастатин, аторвастатин, розувастатин и их дженерические формы) в плане снижения ХС ЛПНП; фибраты (фенофибрат, гемфибразил, ципрофибрат и др.) особенно эффективны в уменьшении уровня триглицеридов и увеличении уровня ХС ЛПВП. Пациентам со смешанной гиперлипидемией показано назначение комбинированной терапии (статины + фибраты).

Учитывая выраженность нарушения сократительной функции сердца при СД (ФВ ≤ 50-45%), частоту наступления токсических явлений, нами ограничено использование сердечных гликозидов. Была показана возможность их рациональной замены иАПФ, антагонистами рецепторов ангиотензина, блокаторами кальциевых каналов и др.

Основными средствами лечения сердечной недостаточности при СД являются иАПФ и антагонисты рецепторов ангиотензина, эффективность которых превосходит, по данным ФАСОН, терапию декомпенсации кровообращения у пациентов без СД.

В метаанализе (исследование CAPPP), посвящённом сравнению эффективности

иАПФ, β-адреноблокаторов, антагонистов кальция и диуретиков при лечении больных с сердечной недостаточностью и СД 2-го типа, было показано, что назначение иАПФ достоверно снижает риск острого инфаркта миокарда на 48% и сердечно-сосудистых осложнений на 32%.

Представители класса антагонистов рецепторов ангиотензина имеют определённые предпочтения при ряде клинических ситуаций: при гипертрофии левого желудочка, АГ, микроальбуминурии, поражении почек, инфаркте миокарда, хронической сердечной недостаточности, метаболическом синдроме, СД, побочных эффектах при приёме иАПФ. Широкий набор заболеваний и состояний, многие из которых имеются при СД, делают использование антагонистов рецепторов ангиотензина весьма рациональным при осложнённых формах СД.

Принципиальные отличия блокаторов рецепторов ангиотензина от иАПФ:

- Дают альтернативный путь воздействия на ренин-ангиотензин-альдостероновую систему на рецепторном уровне;

- Не влияют на систему брадикинина и других пептидов;

- Селективно воздействуют только на рецепторы ангиотензина-1 (АТ1) и тем самым блокируют его негативные эффекты, не подавляя активности АТ2-рецепторов;

- Улучшают липидный профиль крови через снижение концентрации атерогенных липидов и увеличение ХС ЛПВП;

- Снижают толерантность к глюкозе через увеличение чувствительности клеточных рецепторов к инсулину, что ведёт к снижению вязкости крови.

Механизмы действия блокаторов рецепторов ангиотензина обусловлены воздействием на ведущие нейрогуморальные звенья – регуляцию сосудистого тонуса и симпатическую нервную систему.

Доза одного из наиболее активных представителей блокаторов рецепторов ангиотензина – олемсартана медоксомила (кардосал) 10-40 мг. Препарат хорошо переносится, профиль безопасности сравним с плацебо.

Применяют также β-адреноблокаторы. Приоритетными являются современные кардиоселективные и неселективные β-адреноблокаторы со свойствами не-прямых вазодилататоров (метопролол, небиволол, бисопролол, карведилол и др.). Гемодинамические эффекты карведилола заключаются в снижении общего периферического сопротивления сосудов и преднагрузки, увеличении сердечного выброса без рефлекторной тахикардии.

Кроме того, препарат обладает антиоксидантной и антиаритмической активностью, имеет вазопротекторный эффект. Перечисленные свойства делают карведилол весьма полезным при сочетании СД и хронической сердечной недостаточности.

Антагонисты кальция снижают частоту и продолжительность безболевого ишемии миокарда. Предпочтительнее использование вазоселективных и долгодействующих антагонистов кальция (амлодипин, фелодипин и др.), не вызывающих рефлекторную тахикардию, увеличения уровня катехоламинов и проишемического эффекта. Кроме того, антагонисты кальция метаболически нейтральны, обладают антиатерогенным действием.

Назначение аспирина (75-325 мг/сут) показано взрослым больным СД с макрососудистыми поражениями.

Среди диуретиков используются калийсберегающие средства (альдактон, верошпирон, индапамид); осторожно следует назначать петлевые и тиазидные диуретики под контролем показателей углеводного обмена и уровня калия в крови.

Целесообразно применение метаболических средств – триметазидина (предуктал МВ по 35 мг 2 раза в сутки), длительно.

Патогенез и лечение ишемической болезни сердца и хронической сердечной недостаточности у пациентов с СД имеют определённые особенности, которые следует учитывать при проведении рациональной терапии.

Михаил ГУРЕВИЧ,
доктор медицинских наук,
профессор.

Кафедра терапии факультета
усовершенствования врачей
Московского областного
научно-исследовательского
клинического института
им. М.Ф.Владимирского.

Сейчас ругать отечественное здравоохранение – дело не трудное, но и неблагодарное. Медицинская наука говорит, что и как нужно делать, практическое здравоохранение отвечает: что можем, делаем.

В своём интервью кандидат медицинских наук, доктор медицины США, главный врач Московской ГКБ № 71 А.Мясников, данным «Медицинской газете» (см. № 38 от 27.05.2015), не скупился на хлёсткие выражения: «...наше здравоохранение не соответствует международным отраслевым моделям». «...наша медицина просто умирает». Наука или здравоохранение? «Нас учили кардиологии без азотерапии. А за рубежом в ординатуре по кардиологии тебя обязательно обучают проводить все необходимые интервенции... поставить кардиостимулятор... провести ангиографию». «А у нас ангиографию делают сосудистые хирурги, ЭхоКГ – врачи функциональной диагностики...». «Чтобы получить диплом врача на Западе, надо знать всё». «А что происходит у нас в поликлиниках? Терапевты просто распределяют больных по узким специалистам». И так далее.

Из экономии газетного пространства остановлюсь перечислять иные высказывания интервьюируемого, а от себя добавлю ещё факты неблагополучия в нашем здравоохранении. И постараюсь объяснить, чего не сделал А.Мясников, почему оно стало таким, каким стало.

Когда участковому терапевту отпускается 20, а на деле он вынужден уделить не более 10 минут больному, он поневоле распределяет больных по специалистам, становится этаким диспетчером от медицины. У него масса «бумажной» работы – над ним стоит ОМС с проверками и штрафами, оформление больничного листа, что очень не простое дело. И прочая, и прочая. Кстати, у зарубежного врача общей практики – general practitioner столько же бумажной работы, сколько у нашего? Время на «обслуживание» одного больного тоже регламентировано? Перерабатывает он свой рабочий день, как наш врач? В благополучной Англии врач первичного звена (Primary Health Care) тоже заслужил прозвище gatekeeper (что-то вроде привратника – распределителя по специалистам). Думаю, что от него не требуется быть всё умеющим специалистом. Да и лицензии у него нет на специальные методы обследования и лечения некоторых нозологических форм. Для этого есть второй и третий уровень оказания медицинской помощи – больницы и специализированные центры. Вот там врач должен уметь всё – и коронароангиографию сделать, если он кардиолог, и Эхо-КГ выполнить, и результат расшифровать.

Сколько лет отдаёт выпускник зарубежного вуза ординатуре, резидентуре (когда он живёт при больнице и практически круглосуточно может быть призван оказать помощь под руководством старшего врача)? От 3 до 5 лет. Сколько у нас? 2 года, не подпускаемый ни к каким сложным интервенциям, потому что и врачи, например, гастроэн-

терологического отделения сами не делают своим больным эндоскопическое исследование – для этого есть эндоскопическое отделение со своим штатом специалистов.

Стало быть, если следовать в нашем здравоохранении «международной отраслевой модели», то надо готовить таких врачей на международный манер – ординатура 3-5 лет с неременным условием овладения всеми современными диагностическими и лечебными, вплоть до хирургических, интервенциями. И выдачей индивидуальной лицензии на право их выполнять. А вот здесь напрашивается цитата

более тяжёлые, чем при ранее принятых показаниях к госпитализации, больные, – лицемерие. Больные не сразу становятся тяжёлыми. Своевременной госпитализацией по давно принятым в прошлом показаниям удавалось чаще всего не доводить больных до тяжёлого состояния. Теперь на участке состояние больного будет ухудшаться, в том числе из-за затруднённого своевременного доступа к врачу, когда поликлиники объединены и нет поликлиники в шаговой доступности (магазины в шаговой доступности есть...)

Опять же из экономии сокраща-

ных детей, особенно грудного и раннего возраста. Каждый педиатр знает, как быстро, скоротечно может ухудшиться состояние заболевшего ребёнка. Знает также о том, что рано прекращённое лечение чревато рецидивом болезни, осложнением, формированием хронического заболевания. Борьба за количество пролеченных в стационаре больных, за оборот койки приводит к тому, что нарушается давно принятый нашими предшественниками принцип размещения больных детей в больнице. Дети грудного и раннего возраста помещались в боксированные от-

имеют лицензии на право лечить больных в отделениях, которые по старинке называются клиническими. Ещё определённый навык ставить диагноз, консультировать и лечить больных сохраняют старые педагогические кадры. Молодёжь «пороху не нюхала» – к больным доступа не имеет. Кто-то работает врачом на стороне, за пределами кафедры, сохраняет врачебную выучку, увя, порой в ущерб педагогической работе. Что касается молодых врачей, как правило, крупные больницы и продвинутые главные врачи, озабоченные качеством медицинской помощи в

Точка зрения

Чем и почему мы отличаемся от Запада

Есть конкретный ответ на вопрос о том, почему так много несуразного происходит в нашем здравоохранении



Нашим студентам учиться тоже нелегко...

из бессмертного Владимира Высоцкого: «Где деньги, Зин?»

Всё то несуразное, что происходит в нашем здравоохранении, – от отсутствия денег.

Сделать из двух больниц одну (причём расположенных в разных концах города) – сэкономить на административном аппарате. Насколько оптимален режим работы такого объединения – вопрос.

Объединение поликлиник по той же причине, также располагающихся в разных районах, не улучшило, отнюдь, доступность для населения медицинской помощи. Стало труднее попасть к специалисту – очередь, сделать анализы – очередь.

Ограничение показаний к госпитализации без улучшения качества медицинской помощи в первичном звене привело к увеличению показателей смертности (см. Отчёт Счётной палаты РФ по итогам 2014 г.). Объяснять этот феномен современного здравоохранения тем, что теперь госпитализируются

ются сроки госпитализации. Руководители здравоохранения считают больничную койку обременительно дорогой для казны. Долечивание больного пусть, дескать, будет проходить на участке. Многие в СМИ критиковали героизируемого А.Мясниковым заместителя мэра Москвы Л.Печатникова за то, что первичное звено должным образом не было подготовлено принять рано выписываемых больных. Так как для этого нужно оснащение поликлиник способами объективного контроля состояния ещё должным образом не выдворившего больного (КТ, МРТ, УЗИ, лабораторный мониторинг). В условиях, когда поликлиники объединены, создаются очереди на обследование, чтобы показаться специалисту для контроля течения болезни, нужно, как правило, ждать несколько недель, а то и месяц.

Меня как педиатра это сокращение сроков госпитализации особенно тревожит – за состояние и судьбу рано выписанных боль-

деления, в отдельные боксы, что позволяло избежать перекрёстного инфицирования, внутрибольничных инфекций. Теперь случается видеть, как в 6-местной палате лежат и малыши и подростки. Случаи ротавирусной инфекции в таких условиях – обычное явление. Экономить на детях нельзя.

Сокращённые сроки позволяют главным врачам увеличить оборот койки, чем больше «пролеченных» больных, тем больше заплатит ОМС. Тем выше зарплата у врачей. Сокращение врачебных и сестринских штатных единиц тоже борьба за прибавку к зарплате.

Многое из того, что здесь указано, неоднократно отражалось на страницах «Медицинской газеты». Интересно, доктор медицины США, знает, сколько денег отпускает правительство этой страны на здравоохранение? Сопоставим ли их бюджет с нашим, Российской Федерацией? Заглянул ли А.Мясников в газету врачей, которые тоже рассказывают в ней о том, в каких условиях им приходится сейчас работать, прежде чем в энергичных выражениях критиковать российское здравоохранение?

Я как преподаватель медицинского вуза не могу оставить без ответа выпады А.Мясникова в адрес высшего медицинского образования, которое, как и многое в нашем обществе, переживает трудные времена.

«В советское время, как правило, федеральные сотрудники по компетенции превосходили городских врачей». Правда, это было так. «Как это ни странно, но сейчас городские врачи зачастую подготовлены лучше». К сожалению, это тоже правда. Уже много лет преподаватели вуза, профессора и доценты не исключение, отлучены от лечебной работы под страхом уголовного преследования: они не

своих учреждениях, посылают их на выучку в зарубежные больницы и клиники. Конечно, такие врачи на голову выше скромных трудяг на педагогическом поприще. Пенять им за это было бы некорректно. Спрос не с них. Сорок лет преподавателем вуза, не помню, чтобы кого-то из нас направляли для знакомства с современными учебными технологиями и достижениями в современной медицине за рубеж.

А.Мясников, поклонник западного обучения медицине, отвечает интервьюеру: «...там (на Западе. – Р.А.) обучаются врачебной этике (по-нашему, деонтологии. – Р.А.) с первого курса университета... без должного уровня по этому предмету тебе просто-напросто не дадут университетский диплом».

Поскольку у А.Мясникова есть диплом доктора медицины США (не путать с доктором медицинских наук), можно было бы ожидать, что он привержен этике. Можно ли считать этическим его заявление: «В какой-то степени большинство наших профессоров и доцентов – «инвалиды», которые «инвалидизируют» население своим лечением, а студентов – педагогией». Ни этики, ни логики: как могут бедолаги профессора с доцентами инвалидизировать своим лечением население, если их не подпускают к лечебной работе.

Надо знакомиться с зарубежным опытом в медицинской науке и здравоохранении, чтобы понять, чем и почему они отличаются от отечественного. И брать из этого опыта то, что нам по силам на данный момент. Важно понять: происходящее в нашем здравоохранении – от нужды, а не от непонимания, каким оно должно быть.

Рудольф АРТАМОНОВ,
профессор.

Москва.

Ситуация

Активисты Общероссийского народного фронта (ОНФ) в Карелии добились отмены закупки необоснованно дорогостоящего оборудования для регионального Минздрава. Они выявили нарушения законодательства при закупке министерством парового стерилизатора с начальной ценой контракта 19 млн руб.

Отделение ОНФ обратилось в региональное управление Федеральной антимонопольной службы (УФАС). Там признали жалобу обоснованной и направили министер-

Цену слишком завысили

ству предписание аннулировать данный электронный аукцион. В настоящее время рассматривается вопрос о возбуждении дела об административном правонарушении, а также о нарушении антимонопольного законодательства.

Вопрос дорогостоящей закупки парового стерилизатора для Республиканского онкологического диспансера был поднят на «кру-

гом столе» по здравоохранению, который проводило региональное отделение ОНФ. Представители движения усомнились в эффективности расходов бюджета средств при этой госзакупке.

Дело в том, что в Санкт-Петербурге также был объявлен конкурс на закупку аналогичного оборудования. Однако цена контракта на поставку стерилизатора состави-

ла там 6,5 млн руб. Между тем представители республиканского Минздрава заявили, что представители ОНФ некомпетентны, и продолжали настаивать на закупке по цене 19 млн руб.

«На «круглом столе» нам рекомендовали подходить к оценке по покупке медицинского оборудования, особенно высокотехнологичного, конкретнее и осторож-

нее, – рассказал сопредседатель регионального отделения ОНФ в Карелии Илья Косенков. – Чиновники пытались доказать, что наши возражения необоснованны. Решение УФАС, куда была направлена жалоба, говорит об обратном».

Валентин МАЛОВ.

МИА Сито!

Петрозаводск.

Как известно, современное лечение хронической обструктивной болезни лёгких (ХОБЛ) в соответствии с отечественными и международными клиническими рекомендациями предусматривает назначение тиотропиума, доставляемого в дыхательные пути больного с помощью респиратора – ингалятора специальной конструкции, позволяющего получить тонкодисперсный «мягкий» аэрозоль (soft-mist) (см. «МГ» № 2 от 16.01.2015).

Недавно компания «Бёрингер Ингельхайм» приобрела завод по производству респираторов, находящийся в Дортмунде, куда были приглашены десятки медицинских журналистов из разных стран Европы, чтобы ещё раз привлечь внимание к проблеме ХОБЛ и показать процесс сборки респиратора – ингалятора нового поколения.

Вначале прозвучали выступления клиницистов. Д-р Юстус де Зиув (J. de Zeeuw, Нидерланды) рассказал о влиянии ХОБЛ на больных и социум. Эта болезнь возникает в большинстве случаев у заядлых курильщиков и клинически проявляется одышкой, а также хроническим кашлем с отхаркиванием слизистых мокроты (см. также «МГ» № 7 от 01.02.2012). Средний возраст больного на момент обращения к врачу составляет 52 года. Симптоматика медленно прогрессирует на протяжении десятилетий, приводя к обострениям, усилению дыхательной недостаточности и астении. Образуется порочный круг: сужение дыхательных путей приводит к одышке и снижению физической активности, что, в свою очередь, снижает качество жизни. Особенно опасны обострения ХОБЛ, приводящие к госпитализации больного. Эти обострения ухудшают лёгочную функцию, вызывают дополнительные симптомы, тревогу, социальную изоляцию, увеличивают риск новых обострений и повторных госпитализаций и повышают летальность. Число смертельных исходов вследствие ХОБЛ за последние 30 лет выросло в разы и продолжает расти как у мужчин, так и, особенно, у женщин. Симптомы ХОБЛ ограничивают работоспособность: по данным Эрнандеса и соавт. (Hernandez et al., 2009), лишь 19% больных ХОБЛ работали вне дома, а среди работающих отмечалось сужение видов выполняемой деятельности и её интенсивности. В качестве препарата базисной терапии хорошо зарекомендовал себя тиотропиум бромид. Это антихолинергический бронходилататор длительного действия, вдыхаемый один раз в день, применяется в

Современные технологии

Тоньше волоса, легче снежинки

Один день на заводе, где собирают респираторы



Юстус де Зиув

клинической практике более 10 лет. Было проведено более 200 клинических испытаний (КИ), доказавших его эффективность по сравнению с плацебо: увеличивался дыхатель-

ный объём, улучшалось качество жизни и снижалась частота обострений. По данным Э.Бейтмана и соавт. (E. Bateman et al., 2010), вероятность обострений при ингаляции тиотропиума уменьшалась на 27% по сравнению с контрольной группой, получавшей плацебо. Качество жизни по шкале SQRQ также существенно улучшалось.

Дело тут не только в самом препарате, но и в способе его доставки – с помощью респиратора. Этому вопросу посвятил



Омар Усмани

своё выступление д-р Омар Усмани (O. Usmani, Великобритания). Современная технология ингаляции датируется 1956 г., когда 13-летняя дочь президента одной компании,

страдающая тяжёлой бронхиальной астмой, спросила: «Папочка, почему нельзя поместить моё лекарство в такой же спрей, как для волос?» Папочка тут же вызвал главного химика и поручил ему решить проблему. Так появился первый ингалятор. Сейчас различных ингаляционных устройств (порошковые, небулайзеры, спейсеры и т.д.) и препаратов (кортикостероиды, β₂-агонисты и т.д.) насчитывается больше 250. К сожалению, врачи плохо в них разбираются. По данным анкетирования, лишь около 14% врачей имели адекватное знание ингаляционной терапии, и лишь 28% интересовались техникой ингаляции при выписке нового ингалятора. Больные также часто неправильно вдыхают назначенный препарат, что приводит к снижению его

эффективности. В случае порошковых ингаляторов необходим энергичный усиленный вдох (со скоростью более 60 л/мин). Как доставить лекарство в бронхиолы? Это определяется двумя факторами. Во-первых, характеристиками аэрозоля (размер частиц, скорость вдоха и т.д.) и, во-вторых, особенностями больного и его комплаентностью. Преимущества респиратора – ингалятора, создающего медленно движущееся облако вдыхаемого препарата (slow-moving mist inhaler) таковы: медленная скорость аэрозоля, длительное существование облака, малый размер аэрозольных частиц (диаметр около 2 мкм). В результате более половины вдыхаемого аэрозоля достигает бронхиол. «Выбор ингаляционного устройства для доставки препарата у больных с обструктивными болезнями дыхательных путей столь же значим, что и выбор самого лекарства; в будущем ключевая роль будет отводиться выбору оптимального ингалятора для каждого больного», – считает Усмани.

Самым интересным моментом была экскурсия по цехам, где собирают респираторы. Уровню стерильности может позавидовать любая операционная. Там работает более 500 человек, но людей почти не видно – основные операции осуществляют роботы. Самая маленькая деталь респиратора – клапан размером с игльное ушко и весом 1 мг, то есть легче снежинки. В наконечнике есть два отверстия тоньше человеческого волоса, откуда выходят две струи со скоростью более 500 км/час, которые встречаются снаружи под определённым углом, образуя облако из 230 млн капелек, содержащих лекарство. Каждую минуту собирается 60 респираторов, а за год их может выпускаться 44 млн. Затем собранные респираторы отправляются в штаб-квартиру компании в городе Ингельхайм, где они заполняются тиотропиумом и рассылаются по всему миру. После экскурсии была возможность собрать респиратор своими руками, что заставило вспомнить о детском конструкторе.

Медиа-день завершился интерактивным симуляционным упражнением: надевается и плотно застёгивается тяжёлый жилет, в котором предлагается упражняться на бегущей дорожке. Возникает одышка, как при ХОБЛ. Таким образом, можно испытать почти такие же ощущения, как у больных ХОБЛ, и, следовательно, лучше понять их страдания.

Борис НИЖЕГОРОДЦЕВ.

Дортмунд – Москва.



В сборочном цехе

Акци

Освобождаясь от никотинового рабства

Поиском новых путей приобщения к здоровому образу жизни занимались в Орехово-Зуево

На днях в Орехово-Зуево стартовал очередной антинаркотический марафон. Организуется он с целью духовного объединения подростков и молодёжи, приобщения их к здоровому образу жизни, содействию в формировании системы первичной профилактики асоциальных проявлений в подростковой и молодёжной среде. Зарождалась эта традиция в стенах психиатрической больницы № 8, а теперь распространилась по территории всей Московской области. Надо отметить, что в этом, одном из ведущих медицинских учреждений Подмосковья, традиционно аккумулируются новые подходы и идеи по сбережению физического и душевного здоровья людей.

Недавно, во Всемирный день без табачного дыма, здесь прошла научно-практическая конференция. Её организаторами выступили Московская областная организация «Общество «Знание», Центральный научно-исследовательский институт организации и информации здравоохранения Минздрава России, Управление координации деятельности медицинских и фармацевтических организаций № 8 Минздрава Московской области, психиатрическая больница № 8.

В обсуждении проблем, связанных с употреблением табака, приняли участие свыше 100 участников, включая представителей администрации города и района, учреждений здравоохранения Орехово-Зуевского района, городов Рошалея, Шатуры, Егорьевска, Орехово-Зуевского благочиния, городской общественной палаты, педагогов и психологов образовательных учреждений, студентов институтов и колледжей, актив волонтеров – учащихся школ.

Открывая конференцию, глав-

ный врач психиатрической больницы № 8, кандидат медицинских наук, заслуженный врач РФ Г.Шурыгин обратил внимание собравшихся на то, что больница традиционно является площадкой проведения мероприятий, связанных с охраной психического здоровья. Проблема табакокурения – бич сегодняшнего времени, курильщики пока так и не понимают, что курить уже не модно и даже стыдно. Эту ситуацию необходимо переломить общими усилиями, включая врачей, активную молодёжь.

Такой подход разделили руководитель администрации Орехово-Зуево Б.Бариевский, который призвал всех объединиться, а также настоятель больничного храма отец Пётр, нацеливший собравшихся оказывать помощь прежде всего молодёжи в решении проблемы зависимости от табака.

Руководитель Управления координации деятельности меди-

цинских и фармацевтических организаций № 8 Минздрава Московской области А.Грачёва отметила, что в настоящее время Россия по численности курящего населения занимает третье место в мире, 60% мужского населения систематически курит, что напрямую связано с ростом смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, онкологии и т.д.

Развёрнутый, информационно насыщенный доклад представила слушателям доктор медицинских наук, профессор ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения Минздрава России Е.Скворцова, рассказавшая об опыте создания бездымных больниц.

Материалы докладов носили не только научный, но и прикладной характер, основанный на принципах доказательного изложения материала. Самой оживлённой стала практическая часть, где психотерапевт психиатрической

больницы № 8 Э.Канатова провела презентацию методик отказа от курения, пригласила всех желающих пройти консультацию и курс бесплатного лечения.

В резолюции по итогам конференции отмечена необходимость осуществления деятельности по охране здоровья и формированию здорового образа жизни на основе межсекторального взаимодействия, особенно в целевых группах (школьники, учащаяся молодёжь, работающее население). Обращено внимание на привлечение общественных организаций, курирующих охрану психического здоровья населения, к активному сотрудничеству, направленному на укрепление и сохранение здоровья взрослых и детей.

Татьяна ШУРЫГИНА,
заместитель главного врача
психиатрической больницы № 8,
кандидат медицинских наук.

Московская область.

Российская фарма – одна из немногих отраслей экономики, которая в отличие от других «метеочувствительных» бизнесов, сохраняет стабильные темпы роста. Тем не менее влияние кризиса на этот сектор ощутимо, и на фармрынке так же, как и в целом в экономике, отмечаются негативные тенденции. Своим видением ситуации на рынке лекарств и перспективах его развития поделились эксперты ведущих аналитических компаний в ходе очередного заседания Российской ассоциации фармацевтического маркетинга «Где же кризис?».

Что потеряли? Что нашли?

В условиях нестабильности валютных курсов говорить о цифрах достаточно сложно, отметил генеральный директор компании DSM Group Сергей Шуляк. Тем не менее, по его словам, для российского фармрынка характерна длительная волатильность. «За последние 5 лет мы видим практически не меняющиеся темпы роста – в среднем 12%, только в прошлом году – 10%».

По данным DSM Group, в январе – апреле текущего года рынок продемонстрировал хорошие показатели. При прогнозе 12% прироста за весь 2015 г. за первые 4 месяца рынок прибавил 23% в рублях, 1,8% – в упаковках. По словам эксперта, этот рост обусловлен такими основными факторами, как инфляция и увеличение потребления ЛС в связи с сезонной заболеваемостью. И если сравнить нынешнюю ситуацию с кризисом 2008 г., то сейчас данные более оптимистичные: за 3 месяца текущего года инфляция составила 8,2%, в то время как за аналогичный период 2008 г. – 22%.

– Мы отмечаем условную стабилизацию цен и нивелирование агрессивного влияния кризиса и курсовых колебаний на инфляционные процессы, – отметил Сергей Шуляк.

Что касается летних месяцев, то традиционно в этот период

Акценты

Подсчитали — усомнились...

Эксперты разошлись в оценке основных трендов развития российского фармрынка



на рынке лекарств отмечается спад. «Если говорить о ценах, то мы видели подъём в I квартале, снижение на 1% индекса цен в апреле. В мае цены снова начали ползти вверх – плюс 0,4%. Я думаю, летом мы увидим некоторую заморозку индекса цен, потому что потребление лекарств будет падать, и аптеки и дистрибьюторы будут бороться за своего потребителя и сдерживать цены, чтобы как-то поддержать оборот», –

считает эксперт.

50% российского фармрынка находится под ценовым регулированием. Перечень ЖНВЛП состоит как из рецептурных препаратов, так и безрецептурных. В коммерческом сегменте доля препаратов, входящих в список ЖНВЛП, составляет лишь 36%.

В этой связи, считает эксперт, утверждение о том, что регулирование цен на лекарства защищает потребителя, не соответствует действительности.

Прежде всего, эта мера направлена на оптимизацию бюджетных средств при госзакупках. Сегодня 72% в госпитальном сегменте и 93% в льготном лекарственном обеспечении приходится на лекарственные препараты с ценой свыше 500 руб. Смещение по-

требления в сторону более дорогих и эффективных препаратов характерно для рынка в целом, и это положительный тренд, отметил эксперт.

Согласно прогнозам DSM Group, рост рынка в рублях в 2015 г. составит 12-15%, в долларах – падение 18% при расчётном курсе 52 руб. за доллар. В долларах объём фармацевтического рынка может вернуться на уровень 2010 г.

Кризис тумана

– После 3 месяцев достаточно серьёзной нервотрепки и неопределённости с начала апреля мы получили некую передышку в виде укрепления рубля и попытки стабилизации, – согласился с коллегой генеральный директор «IMS Health Россия и СНГ» Николай Демидов. Вместе с тем, предваряя своё выступление, эксперт подчеркнул, что тренды его компании значительно расходятся с трендами DSM Group.

По данным IMS Health, за первые 4 месяца этого года российский фармрынок вырос в рублях на 10%, при этом в долларах рынок упал на 36%, в евро – на 21%. Для расчётов был использован среднемесячный взвешенный курс. Разошлись эксперты и в отношении закупок ЛС аптеками.

В то время как DSM Group отмечает рост закупок лекарств со стороны аптек, по данным IMS Health, эти закупки заметно снизились и снижались все 4 месяца.

Объём рынка в госпитальном секторе снизился на 3% в денежном выражении, на 11% – в упаковках. Сектор льготного лекарственного обеспечения вырос на 22%. Примечательно, что впервые за 4 года безрецептурный сектор вырос почти на 11%, причём он рос немного быстрее, чем рецептурный. БАД росли всего лишь на 6%, и, по мнению эксперта, это сигнализирует о том, что в потреблении данной группы препаратов «что-то не так», поскольку раньше они росли быстрее рынка лекарственных средств.

В секторе медицинских изделий и парафармацевтики в I квартале 2015 г. уверенный рост закупок отмечается в группе средств от недержания (+24%), тонометров и термометров (+10%), энтерального питания (+10%), а продажи презервативов выросли сразу на 40%. «Я далёк от желания шутить на эту тему, и думаю, что имеются объективные причины, обусловленные необходимостью создания товарных запасов и финансами этого бизнеса, который весьма концентрирован в фарм-сегменте», – прокомментировал этот тренд Николай Демидов.

Абсолютным драйвером роста, по словам эксперта, стала инфляционная составляющая, в то время как нивелирован фактор переключения потребителя на более дорогие препараты, который ранее был более значительным для розничного сегмента: «На протяжении 4 месяцев рынок показывал худшую динамику в сравнении с прошлым годом. Только в феврале было небольшое восстановление – даже удалось достигнуть показателя 2014 г.»

Прогноз IMS Health в отношении российского фармрынка весьма вариативен. Как отметил Николай Демидов, по итогам 2015 г. рост рынка составит порядка 12-18%.

Ирина СТЕПАНОВА,
корр. «МГ».

Из первых уст

Фактор роста

В развитии российской промышленности нельзя допустить инвестиционной паузы. Для решения этой задачи Министерством промышленности и торговли РФ разработан ряд инструментов, в том числе отраслевые и межотраслевые субсидии, которые компенсируют процентную ставку по кредитам промышленных предприятий. Об этом сообщил министр промышленности и торговли РФ Денис Мантуров на панельной сессии «Промышленная политика России: как расставить приоритеты?», состоявшейся в рамках работы Петербургского международного экономического форума – 2015.

– Собранные в совокупности все разработанные нами инструменты поддержки, в том числе прямые займы, которые может предоставить Фонд развития промышленности под 5% годовых, что в 2,5 ниже уровня инфляции, а также отраслевые и межотраслевые субсидии, перенастроенные от ставки рефинансирования под ключевую ставку, дадут возможность промышленным предприятиям привлекать на конкретных условиях банковские кредиты на сумму не менее 0,5 трлн руб., – сообщил Денис Мантуров.

Кроме того, глава Минпромторга напомнил, что те меры, которыми уже сегодня могут воспользоваться российские компании, предусматривают возможность для регионов снижать уровень местных налогов на прибыль и имущество, а также обнулить аналогичные федеральные налоги.

Министр также отметил, что че-

рез 2 недели вступит в силу закон «О промышленной политике», разработанный Минпромторгом, в котором заложен ряд мер поддержки, позволяющих стимулировать приток инвестиций в промышленный сектор.

Некоторые инструменты этого закона начали действовать до вступления его в силу, например, через Фонд развития промышленности, который был создан по поручению Президента РФ. На сегодняшний день Фонд подкреплён финансированием на сумму 20 млрд руб. и уже в его адрес поступило 900 заявок от промпредприятий на финансирование.

Д.Мантуров обратился к представителям российских регионов оказать поддержку работе фонда в целях совместного продвижения отечественной промышленности к росту.

Анна КРАСАВКИНА.

Изъяты!

Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения сообщает о поступлении информации о выявлении лекарственных препаратов, качество которых не отвечает установленным требованиям в ходе проведения государственного контроля качества лекарственных средств:

– аскорбиновая кислота, раствор для внутривенного и внутримышечного введения 50 мг/мл 2 мл, ампулы (5), упаковки ячеиковые контурные (2), пачки картонные, производства ОАО «НПК «ЭСКОМ», Россия, показатель «упаковка» (часть ампул имеют этикетки с жёлтыми разводами и пятнами, дно ампул коричневого цвета с частичками битого стекла) – серии 190414;

– магния сульфат, раствор для внутривенного введения 250 мг/мл 10 мл, ампулы (10), упаковки контурные пластиковые (поддоны), пачки картонные, производства «Шаньдун Шэнлу Фармасьютикал Ко. Лтд», Китай, показатель «упаковка» (часть ампул имеют трещины, на которых присутствуют кристаллы белого цвета; поверхность ампул в белых подтёках) – серии 120310;

– вазелиновое масло, масло для приёма внутрь 50 мл, флаконы тёмного стекла (1), пачки картонные, производства ООО «Йодные Технологии и Маркетинг», Россия, показатель «маркировка» номер серии и дата выпуска на картонной пачке указаны нечётко) – серии 010814;

– сиофор 500, таблетки, покрытые оболочкой 500 мг 10 шт., упаковки ячеиковые контурные (6), пачки картонные, производства «Менарини-фон Хейден ГмБХ Берлин-Хеми АГ», Германия, показатель «маркировка» (на картонной пачке номер серии и срок годности нанесены нечётко) – серии 48065;

– хлоргексидин, раствор для местного и наружного применения 0,05% 100 мл, флаконы полиэтиленовые, производства ООО «Леккар», Россия, показатель «объём содержимого упаковки» – серии 480914;

– нафтизин, капли назальные 0,1% 10 мл, флакон в комплекте с крышкой-капельницей (1), пачки картонные, производства ФГУП «Армавирская биологическая фабрика», Россия, показатель «упаковка» (флаконы укупорены негерметично: алюминиевые колпачки прокручиваются) – серии 101014;

– нафтизин, капли назальные 0,1% 10 мл, флакон в комплекте с крышкой-капельницей (1), пачки картонные, производства ФГУП «Армавирская биологическая фабрика», Россия, показатели: «упаковка» (флаконы укупорены негерметично: алюминиевые колпачки прокручиваются), «маркировка» (номер серии, срок годности нанесены на этикетку дважды) – серии 081014;

– мильгамма, раствор для внутримышечного введения 2 мл, ампулы тёмного стекла (5), упаковки ячеиковые контурные (2), пачки картонные, производства «Солюфарм Фармацойтише Эрцойгниссе

ГмБХ», Германия, показатели: «описание» (в части ампул обильный белый хлопьевидный осадок), «прозрачность» – серии 14F027;

– дексаметазон, раствор для инъекций 4 мг/мл, 1 мл, ампулы (25), ячеистые картонные решётки (1), пачки картонные, производства «Эльфа Лабораториз», Индия, показатель «посторонние примеси» – серии DX-178;

– микстура от кашля для взрослых сухая, порошок для приготовления раствора для приёма внутрь 1,7 г, пакеты бумажные с полиэтиленовым покрытием, производства ЗАО «Вифитех», Россия, показатели: «потеря в массе при высушивании», «масса содержимого упаковки», «количественное определение: содержание суммы алкалоидов в пересчёте на термосин», «количественное определение: содержание натрия гидрокарбоната» – серии 010913.

Территориальным органам Росздравнадзора по субъектам Российской Федерации обеспечить контроль за изъятием и уничтожением в установленном порядке указанных партий лекарственных средств их владельцем. О результатах информировать Росздравнадзор.

Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения предлагает субъектам обращения лекарственных средств, медицинским организациям провести проверку наличия указанных серий лекарственных средств, о результатах которой проинформировать территориальный орган Росздравнадзора.

Перспективы

Мозг и транспорт

Известно, что знаменитую овечку Долли клонировали в одном из институтов Эдинбургского университета, где в 1970 г. у мальчика с аномальным поведением (аффективным психологическим расстройством) обнаружилась транслокация кусочка первой хромосомы.

Учёные кроме мальчика обследовали всех 77 членов 4 поколений большой шотландской семьи, у 34 из которых обнаружили ту же транслокацию. Однако психиатрические расстройства были только у 16 из них и в то же время у 5 из 43 с нормальными хромосомами отмечались психологические отклонения. На треть века попытки связать аномалии состояния с хромосомами были отложены, однако в 2000 г. накануне опубликования «драфта» первого человеческого генома учёные всё-таки выделили ген, на который возложили «вину» за шизофрению, назвав его сокращённо DISC (Disrupted in Schizophrenia), поскольку он действительно в некоторых случаях подвергался при транслокации «дисрупции» – разрыву.

Долгие полтора десятилетия генные мутации связывали с нарушениями в нейросетях и развитием нейронов у плода в утробе матери, что подтверждалось при томографических исследованиях. Однако окончательно ясность внесла работа учёных нескольких университетов Великобритании, опубликованная в психиатрическом приложении Nature, которые показали нарушение функциональных

сетей мозга у ГМ-мыши с мутантным DISC. У мыши наблюдалось снижение метаболизма в предлобной коре (PFC), что при томографии видно и у шизофреников, а также нарушение связей между PFC и лежащим на основании височной доли гиппокампом, нейроны которой формируют и хранят память. Именно эти нейроны и пути, идущие от них, поражаются при выпадении бляшек нейротоксического амилоида при болезни Альцгеймера. Сотрудники Университета Осло описали в журнале Brain два гена, мутации которых нарушают переваривание и выведение амилоида, в результате чего образуются альцгеймеровские бляшки.

Помимо этого авторы обнаружили изменения в глутаматной системе возбуждения головного мозга. Глутамат является аминокислотой, которая в мозгу выполняет роль нейротрансмиттера, переносящего сигналы возбуждения между нервными клетками. Возбуждение требует энергии, которую даёт «сжигание» глюкозы, но в основном более энергоёмких жирных кислот. Помимо этого их молекулы необходимы для построения клеточных оболочек и синтеза миелина, или «изоляции» нервных отростков (распад миелина как известно приводит к рассеянному склерозу). Неудивительно поэтому, что диетологи и нейробиологи постоянно подчёркивают важность для мозга знаменитых омега-кислот, и в частности ДНА (докозагексаеновая кислота). Сотрудники Университета Дьюка в Дареме и Сингапурского университета обследовали боль-

шую семью жителей Северного Пакистана с близкородственными браками, у членов которой отмечается отсутствие речи и другие отклонения, например микроцефалия (маленькая голова с соответствующим размером мозга).

Геномный анализ позволил выделить нарушения в гене белкового транспортера кислоты, который необходим для «переправки» через мембрану нейрона этого важнейшего метаболита. Различия в строении нормального и мутантного мозга хорошо видны на томограммах – увеличенные желудочковые полости, мозжечок меньших размеров и т.д. На этом фоне понятен интерес учёных Кембриджа к членам 11 европейских и азиатских семей, у членов которых отмечается SIP, или врождённая нечувствительность к боли. Во всеоружии геномного анализа они выявили мутацию в гене, название которого ничего не говорит без долгого объяснения. Авторы подчёркивают, что его белковый продукт необходим для нормального внутриутробного развития мозга и периферических сенсорных нейронов боли. Неудивительно, что у людей с мутацией в этом гене ощущения боли нет, так как нет чувствующих её «сенсоров». Они также указывают на то, что выделенный ими ген уже пятый в ряду болевых, и открытие первых привело к созданию новых обезболивающих, которые уже проходят клинические испытания.

Игорь ЛАЛАЯНЦ,
кандидат биологических наук.
По материалам Nature Genetics.

Сообщение о проведении повторного годового общего собрания акционеров

Уважаемый акционер!

Совет директоров открытого акционерного общества «Научно-производственное объединение «Экран» (место нахождения: 129301 г. Москва, ул. Касаткина, д. 3), далее – Общество, уведомляет Вас о проведении повторного годового общего собрания акционеров Общества.

Вид общего собрания: повторное годовое.

Форма проведения повторного годового общего собрания акционеров:

Собрание (совместное присутствие акционеров для обсуждения вопросов повестки дня и принятия решений по вопросам, поставленным на голосование, без предварительного направления (вручения) бюллетеней для голосования до проведения общего собрания акционеров).

Дата проведения повторного годового общего собрания акционеров: 21.07.2015.

Место проведения повторного годового общего собрания акционеров: 129301 г. Москва, ул. Касаткина, д.3.

Время начала регистрации участников повторного годового общего собрания акционеров: 11:00.

Время проведения повторного годового общего собрания акционеров: 12:00.

Список лиц, имеющих право на участие в повторном годовом общем собрании акционеров, составлен по данным реестра владельцев именных ценных бумаг Общества по состоянию на 08.05.2015.

Повестка дня повторного годового общего собрания акционеров:

1. Утверждение порядка ведения собрания акционеров.
2. Утверждение годового отчёта, годовой бухгалтерской отчётности, в том числе отчёта о прибылях и убытках Общества.
3. Распределение прибыли и убытков Общества по результатам 2014 финансового года. О выплате дивидендов по итогам 2014 г.
4. Избрание совета директоров Общества.
5. Избрание ревизионной комиссии Общества.
6. Утверждение аудитора Общества.

С информацией (материалами), подлежащими предоставлению акционерам при подготовке к проведению повторного годового общего собрания акционеров, можно ознакомиться в течение 20 дней до даты проведения собрания по адресу: г. Москва, ул. Касаткина, д. 3, в рабочие дни с 10:00 до 13:00 и с 15:00 до 17:00.

Для регистрации участников повторного годового общего собрания акционеров акционеру необходимо иметь при себе паспорт или иной документ, удостоверяющий личность, а для представителя акционера – также доверенность на право участия в годовом общем собрании акционеров и (или) документы, подтверждающие его право действовать от имени акционера без доверенности.

Совет директоров ОАО «НПО «Экран».

Как это делается

Помимо своих основных функций, туалет на борту Международной космической станции (МКС) обеспечивает экипаж питьевой водой. Но пока система очистки работает не так хорошо, как планировалось.

Ведущий «мочевед»

У Дженнифер Приюитт, пожалуй, одна из самых необычных должностей в американском космическом агентстве НАСА, а то и во всей космической отрасли. Она – ведущий инженер по преобразованию мочи в питьевую воду.

«Название должности – одна из тех вещей, которые мне нравятся в моей работе, – говорит Приюитт, не скрывая гордости. – В мире не так уж много людей, занимающихся данной проблемой».

Приюитт работает над усовершенствованием системы регенерации воды на борту МКС. Её лаборатория расположена в Центре космических полётов имени Джорджа Маршалла в Хантсвилле, штат Алабама. Задача Приюитт – найти наиболее эффективный способ переработки мочи астронавтов в питьевую воду.

Наша моча на 95% состоит из воды (остальное – продукты жизнедеятельности организма). Чем больше воды удастся регенерировать из мочи, поступающей в два туалета на борту МКС, тем меньше её потребуется доставлять с Земли дорогостоящими рейсами грузовых кораблей.

Российская урина с добавками

В приёмной на входе в лабораторию Приюитт расположена небольшая экспозиция. На полке выставлены склянки с мочой, различающейся по цвету – от обычного светло-жёлтого до коричневого и даже чёрного.

К удивлению, жидкость в сосуде с этикеткой «Предварительно об-

Из грязи в князи

работанная американская моча» гораздо светлее, чем в стоящей рядом склянке с российской мочой. В чём причина такого отличия?

– С россиянами всё в порядке, – успокаивает меня Приюитт. – Их моча не отличается от нашей.

На самом деле жидкость чернильно-чёрного цвета – не чистая российская моча, а с добавлением химикатов, используемых в процессе её обработки. «Мы не можем использовать для регенерации мочу в том виде, в котором её поставляют члены экипажа МКС, – объясняет Приюитт. – К ней необходимо добавить определённые химические вещества, чтобы предотвратить её распад, а также распространение бактерий».

Эта предварительная обработка – только начало сложного процесса, используемого НАСА для регенерации воды на борту МКС. К извлечённой из мочи воде прибавляется ультрафиолетовая из воздуха внутри станции влага – в основном в виде пота астронавтов. Затем эта жидкость превращается в питьевую воду. По расчётам НАСА, в ходе 12-месячной экспедиции на каждого члена экипажа МКС в среднем должно приходиться по 730 л питьевой воды, регенерированной из мочи и пота.

Нештатные засоры

Но есть одна проблема. В то время как система извлечения воды из пота работает как положено (повторно используется практически вся содержащаяся в воздухе влага), производительность системы обработки мочи пока не соответствует ожиданиям.

В наземной лаборатории производительность составляет 85%, то есть безвозвратно теряется всего 15% содержащейся в моче воды. А вот на борту МКС удаётся извлечь лишь 75%.

«В космосе из костей астронавта вымывается кальций. Мы не учли в наших расчётах, каким именно образом он выводится из организма, – говорит Приюитт. – Как оказалось, значительная часть теряемого кальция выходит с мочой». Это означает, что у мочи астронавтов в космосе иной химический состав, чем у мочи добровольцев из центра Маршалла, с которой работают специалисты НАСА на Земле.

«Выяснилось, что из-за повышенного содержания кальция моча вступает в реакцию с химикатами, которыми её обрабатывают, – говорит Приюитт. – В результате образуется сульфат кальция, отложения которого засоряют систему и выводят её из строя».

Можно представить себе весь драматизм подобной ситуации – компания из 6 человек в замкнутом пространстве на расстоянии в 400 км над поверхностью Земли и... с неработающим санузлом. Из-за периодических засоров экипажам МКС приходится тратить время на ремонт туалетов, а на борт МКС доставляется больше



воды, чем изначально планировалось.

Но команда Приюитт нашла решение этой проблемы. За счёт изменения состава химикатов, используемых для обработки мочи, исследователи надеются повысить эффективность системы регенерации воды на МКС.

Для испытаний нового химического состава у Приюитт имеется рабочая модель системы, разложенная на столе в гигантском ангаре Центра Маршалла, в котором НАСА разрабатывает и тестирует системы жизнеобеспечения.

Чище родниковой

Система обработки мочи – двухмерная копия той, что работает на орбите – представляет собой переплетение труб, насосов и проводов, подсоединённых к огромному баку с предварительно обработанной мочой, напоминающей по цвету колу. Приюитт рассказывает

мне о принципе работы побулькивающей машины.

«Все элементы системы разложены горизонтально, чтобы минимизировать воздействие гравитации, – объясняет она. – Насосы работают по принципу пищевода – сокращаясь, они прогоняют жидкость по системе».

Моча продвигается по одной из прозрачных труб к самому крупному сосуду во всей системе, размером с домашнюю духовку. Вакуумный насос отсасывает из ёмкости воздух. При понижении давления внутри сосуда падает точка кипения жидкости. Это означает, что из мочи можно выделять воду, не нагревая её.

Оставшаяся после первичной дистилляции жидкость вновь посыпается в систему, чтобы извлечь из неё максимальное количество воды. В результате процесса образуются концентрированный солёный осадок и чистая вода. На борту МКС осадок упаковывают и помещают вместе с остальным мусором в использованный грузовой корабль, который затем сгорает при входе в земную атмосферу. А получившуюся воду можно снова пить.

– Это чистейшая вода, – говорит Приюитт. – Она чище любой воды, доступной на Земле.

Однако прежде чем астронавты смогут попробовать эту сверхчистую воду, она дополнительно обрабатывается для того, чтобы предотвратить распространение бактерий. В воду добавляют йод, что придаёт ей лёгкий привкус больницы.

Уже через несколько месяцев – после серии испытаний – инженеры НАСА рассчитывают внедрить новую формулу химикатов на МКС. Таким образом, надеются они, удастся довести объём регенерируемой в космосе воды до лабораторного уровня.

Адам БЕЛИАЛОВ.

По материалам BBC Medecine.



В соцсетях разгорается скандал, вызванный комментарием британского нобелевского лауреата по поводу его коллег-женщин. Тим Хант, получивший Нобелевскую премию по медицине и физиологии в 2001 г. (за открытие регуляции клеточного цикла эукариот циклином и циклинзависимыми киназами), высказал мнение, что женщинам хорошо было бы работать в лабораториях с женщинами, а не с мужчинами, чтобы избежать проблем. «В противном случае ты влюбляешься в них, они в тебя, а когда ты их критикуешь, они в слёзы», – поведаль, опираясь на собственный опыт, учёный.

Слово – не воробей

Своим мнением, которое позднее многие пользователи назвали «сексистским», 72-летний профессор-биохимик поделился с группой студентов. Сам он, впрочем, довольно самокритично назвал себя «шовинистской свиньей».

Позднее, в интервью Би-би-си, Тим Хант частично принёс извинения за возмущившие интернет-сообщество комментарии, сказав, что просто хотел быть честным, однако всё же фактически остался при своём мнении. «Я действительно так считаю, с девушками всё не просто. Это очень вредит науке», – сказал сэр Хант.

Слова Ханта вызвали настоящую бурю в соцсетях, а королевское общество – ведущее научное общество Великобритании – поспешило дистанцироваться от комментариев профессора, выпустив заявление под заголовком «Науке нужны женщины».

Скандал

«Шовинистская свинья»

Биохимик извинился за сексизм

В заявлении говорится, что слова профессора, который является членом Королевского общества, не отражают действительные взгляды научного общества. «Много талантливых людей порой не имеют возможности реализовать свой научный потенциал из-за различных проблем, в том числе связанных с проблемой гендерного неравенства. И Королевское общество делает всё, чтобы помочь решить их».

Возмущение в Твиттере

Профессор уточнил, что его ироничный, лёгкий комментарий был излишне серьёзно воспринят аудиторией. Аудитория действительно в большинстве своём не увидела иронии в словах Ханта, которого в соцсетях стали называть то идиотом, то женоненавистником.

«Ты можешь быть профессором и идиотом одновременно», – возмущается в Твиттере одна пользовательница. «Женщины мешают мужчинам заниматься наукой? Может, тогда наукой будут заниматься только женщины?» – вторит ей другая.

«Профессор думает, что мы всё ещё живём в Викторианские времена?» – вопрошает Конни Сант-Луис, преподающая в лондонском Университете Сити курс научной журналистики.

«И кто-то ещё удивляется, что в научной среде много женщин-феминисток», – гневно отзывается женщина-профессор.

Тема прав женщин по всему миру не теряет актуальности до сих пор, как показывают несколько недавних громких случаев, связанных с обвинениями в сексизме.

Один из последних крупных скандалов, получивший название «гей-мергейт», связан со стереотипным изображением женщин в компьютерных играх: количество угроз расправы, которые получила решившая бороться с этим журналист Анита Саркисян, заставило говорить о



том, что проблема сексизма на Западе актуальна до сих пор.

В прошлом году гневные комментарии блогеров и комментаторов заставили учёного, одного из создателей космического зонда Rosetta извиниться за свой внешний вид. Учёный Мэтт Тейлор, участвовавший в посадке научного модуля Philae на поверхность кометы, во время

трансляции посадки на комету был одет в рубашку с изображениями полубога-женщин с оружием. Учёный позднее извинился за рубашку, которая многим показалась сексистской.

Порой доходит и до почти анекдотических случаев. Компания-производитель спортивной одежды в Индонезии вынуждена была изви-

ниться за надпись на бирке на футболке, из-за которой подверглась резкой критике по всему миру. В инструкции по стирке на вшивной этикетке по-английски было написано: «Отдайте эту футболку вашей жене. Это её дело».

Похожий случай приключился и с итальянским брендом Shoeshine, на бирках мужских свитерах которого также красовалась шуточная рекомендация, но на сей раз с итальянским колоритом: «Отдайте его стирать своей маме – это её работа».

Шутку не поняла итальянский политик Федерика Маззони, обратившаяся за разъяснением в компанию. Там невозмутимо заявили, что никого не хотели обидеть, а их послание на бирке было адресовано подросткам и молодёжи – главной целевой аудитории бренда.

Тема сексизма и дискриминации женщин не обошла в этом году и Каннский фестиваль, организаторов которого обвинили в том, что те навязывают женщинам обувь на высоких каблуках в качестве обязательного элемента дресс-кода.

Кстати

Нам бы ваши заботы

В России – стране, которая после 1917 г. вышла на передовую, раньше многих других стран гарантировав женщинам ряд гражданских прав, – власти всё чаще прибегают к консервативной риторике, а глава Русской православной церкви называет феминизм «опасным явлением».

Согласно международным рейтингам, по уровню равноправия полов Россия находится далеко не в авангарде, занимая места в пятом или шестом десятке. По выражению профессора Высшей школы экономики социолога Елены Рождественской, феминизм в России находится «на периферии общественного сознания».

Проблема гендерного неравенства и сексизм как его проявление неактуальны в российском обществе. По словам Е.Рождественской, российское общество остаётся патриархальным, но в нём наблюдается несколько «гендерных режимов». По данным открытых

источников, крупные социологические агентства в последний раз задавали россиянам общий вопрос о правах мужчин и женщин. Тогда опрос ВЦИОМа показал, что, по мнению 58% респондентов, мужчины и женщины в России пользуются равными правами.

При этом мужчины больше уверены в равноправии – 63% по сравнению с 53% опрошенных женщин. Женщины чаще склонны считать, что у них меньше прав, – такой точки зрения придерживаются 33% респонденток (и только 23% мужчин). По данным Росстата, средняя зарплата женщин в России составляет лишь 64% от зарплаты мужчин.

В рейтинге Global Gender Gap Index («Мировой индекс гендерного неравенства») Россия занимает 61-е место из 186 стран, причём её позиция в рейтинге постепенно ухудшается. В другом рейтинге гендерного неравенства, который составляет Программа развития ООН, Россия занимает 52-е место.

Юрий БЛИЕВ,
обозреватель «МГ».

Узелок на память

Как вернуть контроль над собой?

Хотя ритм деловой жизни в наши дни становится всё более напряжённым, но существуют способы вернуть себе контроль над своей жизнью и избавиться от ощущения, будто вы постоянно загнаны в угол. Кроме того, можно стать счастливее в своей рабочей и личной жизни.

Несколько экспертов из списка наиболее влиятельных персонажей делового мира рекомендуют следующее: «Найти эффективный баланс между профессиональной и личной жизнью нам всем непросто. Наверное, всё дело в том, что мы ищем решение не в себе, а в программах, приложениях, устройствах, системах планирования времени и т.д.»

Так что же можно сделать? Психолог Скотт Эблин советует:

1. Осознайте и преодолите тиранию настоящего времени. Люди, которые всегда живут текущим моментом, не заглядывают вперёд и не планируют добиваться своих целей и исполнять свои мечты.

2. Спросите себя: «Это действительно важно?» Подвергайте сомнению привычные представления о ваших обычных действиях. Вам непременно нужно назначить эту встречу? Вы никак не обойдётесь без этого отчёта? Вам обязательно нужно ответить на это электронное письмо? – предлагает он. – Зачастую в этом нет необходимости, но

вы всё равно это делаете, просто потому что привыкли. Исключите как можно больше задач, которые было бы «неплохо сделать». Поступая таким образом, вы освободите себе больше времени, которое можно использовать для действительно важных дел.

3. Планируйте начать с самых важных задач. Каковы ваши приоритеты на месяц? На неделю? На сегодня? Определите их и займитесь ими в первую очередь. Зачем работать над менее важными задачами, если максимум пользы вы принесите, занимаясь по-настоящему приоритетными делами – будь то для работы или для собственной жизни?

4. Оставьте себе время на спонтанные размышления. Именно так можно найти наиболее эффективное решение сложных проблем. Как показывают исследования, человек склонен принять наилучшее решение, когда у него есть возможность критически оценить имеющиеся факты и информацию... а затем занять мысли чем-то иным на определённое время. Прогуляйтесь. Займитесь домашними делами, не требующими размышлений. Выполните физическое упражнение. Переключите внимание на тело и постарайтесь не думать ни о чём. Вы удивитесь тому, какие решения приходят в голову, когда вы не

пытаетесь проявлять творческую активность.

5. Устанавливайте границы. Никто не может и не должен заниматься делами круглосуточно. Тем не менее вам, наверное, кажется, что это ваш случай – потому что вы это себе разрешаете, – пишет он. – Установите определённые границы: например, время, когда вы заканчиваете работать, время, которое вы проводите с семьёй, время, в которое вы не отвечаете на звонки и т.д. Затем сообщите окружающим об этих границах. Другие люди не будут уважать ваше время, если вы сами не начнёте его уважать».

И стремитесь всегда быть благодарным. Счастье – это образ жизни, это то, что мы практикуем изо дня в день. Счастье не означает иметь всё, чего хочется. Наслаждаться жизнью – это проще, чем вам кажется. Научитесь говорить спасибо за то, что имеете.

И ещё. Позаботьтесь о своём теле. Принимайте осознанные решения относительно того, что вы едите и пьёте. Научитесь слушать свой организм. Употребляйте пищу, которая поможет вам находиться в хорошей физической, умственной и эмоциональной форме.

Юрий БОРИСОВ.

По материалам сайта Spiegel on line.

Однако

Новое исследование австралийских учёных показало, что мужчины по звучанию голоса могут определить, насколько женщина привлекательна.

влекательность женщин по звучанию голоса.

Чтобы изучить этот вопрос более тщательно, исследователи попросили группу других мужчин оценить

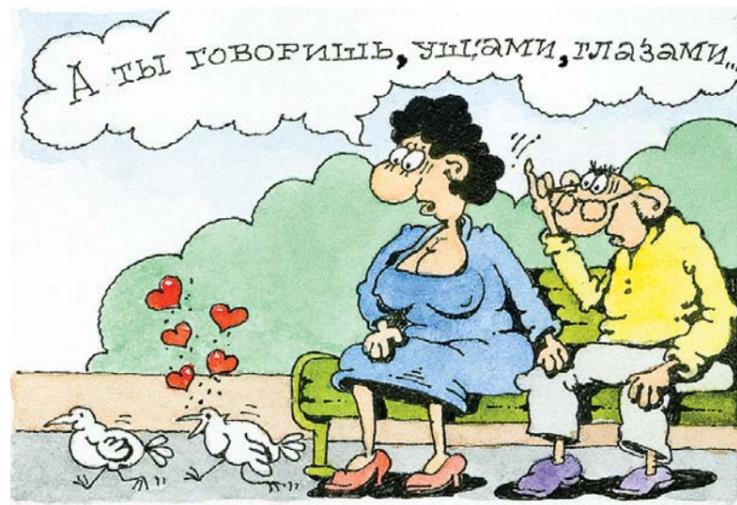
И мужчины любят ушами

В исследовании приняла участие группа мужчин, которых попросили прослушивать женские голоса в записи. Мужчине необходимо было оценить привлекательность женщины, опираясь только на звучание её голоса. Как выяснилось, представители сильного пола могут достаточно точно определить при-

тех же женщин по внешним признакам – по лицу и фигуре. Анализ данных показал, что визуально привлекательные женщины в большинстве случаев обладают располагающим и приятным голосом.

Алина КРАУЗЕ.

По информации medinform.net



Недавнее 70-летие Великой Победы, очередная годовщина начала Великой Отечественной войны стали одним из центральных событий для нашей страны.

«Я думаю, культура исторической памяти должна быть во всём, — отмечает писатель-фронтовик Даниил Гранин. — Надо уметь прощать, но надо уметь и помнить. Вспоминать про годы войны тяжело, любая война — это кровь и грязь. Но память о погибших десятках миллионов наших соотечественников необходима».

«Люди погибали безо всякого утешения, надежды, что их смерть не напрасна. И всё-таки страна выстояла. Почему?»

Мне кажется, ответ на этот вопрос вполне очевиден — мы победили благодаря простым советским людям, и память о них мы должны сохранить».

Не так давно в стенах Северного государственного медицинского университета состоялся крупный научно-практический форум, в рамках которого прошли Войно-Ясенецкие и Орловские чтения. Участие в форуме приняли учёные, хирурги и священнослужители из Москвы, Санкт-Петербурга, Рязани, Архангельской, Вологодской, Мурманской областей, республик Карелия, Коми и других регионов России.

Символично, что в этом году II Орловские чтения, посвящённые 105-летию со дня рождения одного из выдающихся российских врачей и учёных, проводились совместно с пленумом правления Российского общества эндоскопических хирургов. Эта общероссийская общественная организация является наиболее активной и авторитетной движущей силой в отечественной хирургии. Как отметил на открытии конференции президент Российского общества эндоскопических хирургов профессор Сергей Емельянов, Архангельская область выбрана для проведения пленума не случайно, ведь именно здесь жил и творил выдающийся хирург Георгий Орлов. Программа чтений включала в себя доклады, посвящённые важным вопросам развития малоинвазивных хирургических технологий в регионах страны. Приятным моментом II Орловских чтений стало награждение памятливыми медалями лучших хирургов области.

В это же время в другой аудитории проходили IV Войно-Ясенецкие чтения, посвящённые всемирно известному святому и хирургу. Их основной темой традиционно стала духовная составляющая в медицине и медицинском образовании. Также в рамках чтений впервые состоялось награждение медалью имени Святого Луки (В.Ф.Войно-Ясенецкого), которую недавно учредили по инициативе руководства университета.

Стоит отметить, что святого Луку и профессора Георгия Орлова связывают не только беззаветное служение хирургии, новаторские идеи и наш северный край (первый в своё время был в ссылке в Архангельской области). Оба они приближали Великую Победу, работая на пределе сил, совершая порой невозможное, в эвакуационных госпиталях Архангельска и Красноярска. Именно на их военном опыте лечения холодовых травм и гнойных инфекций будет строиться впоследствии современная хирургия.

На прошедшем в Архангельске форуме медалями Орлова и Войно-Ясенецкого была на-

Имена и судьбы

Человек со скальпелем

Если бы ей дали вторую жизнь, она бы снова выбрала хирургию



Хирург Галина Столярова (в центре) с ученицами

граждена хирург Архангельской областной клинической больницы Галина Столярова. За её плечами свыше 20 тыс. операций — целый город спасённых человеческих жизней. Когда Галине Владимировне вручали медаль имени её учителя профессора Орлова, она сказала: «Если бы мне дали вторую жизнь, я бы снова выбрала хирургию».

Не только трепетной памятью о своём известном наставнике, даже датой своего рождения она связана с той далёкой войной — 22 июня 1941 г. Мы встретились с Галиной Владимировной уже после форума в клинике. Она рассказала мне о своей жизни в профессии, своих учителях-ветеранах войны, поделилась мыслями о современной хирургии.

— Я родилась десятым ребёнком в семье, и за пять поколений я единственный медик, — рассказывает Галина Столярова. — Может, это предопределено свыше, но я с детства хотела стать врачом и именно хирургом. Прошло уже более 50 лет, а я ни разу не пожалела, что пошла в медицину.

В студенческие годы у меня было большое желание учиться, как сейчас я пропадаю на работе, так и в юности с утра до вечера пропадала в институте. У нас были прекрасные преподаватели — звёзды, и самый яркий среди них — профессор Георгий Андреевич Орлов. Он читал у нас лекции по общей хирургии, был руководителем студенческого научного кружка, который я посещала все 6 лет учёбы в институте.

Он был очень артистичный, некоторые даже забывали записывать — слушали открыв рот. С его лекции студенты выходили с твёрдым убеждением, что в медицине есть только одна специальность — хирургия.

Никогда не забуду его слова: «Хирургическая специальность очень

трудная. Вместе с тем, нет ничего прекрасней сознания и ощущения силы нашей науки, которая избавляет многих людей от недугов и страданий, продлевает им жизнь. Я советую вам добиваться стать хирургом. Этот мой совет обращён к молодым людям, не боящимся трудной и тяжёлой работы. Специальность избирается на всю жизнь, а это значит, вся ваша жизнь будет связана с упорным трудом. Трудом и постоянным ощущением прекрасного, возможности помочь человеку сохранить его здоровье и жизнь».

С 3-го по 6-й курс я много дежурила со своими педагогами в клинике — это стало для меня очень хорошей практикой.



Единственный в России отдельный медицинский батальон

Училась я на «отлично» и мне сразу после института предложили работу в Архангельской областной клинической больнице, но я отказалась и поехала в село Черевково Красноборского района Архангельской области. Мне, пожалуй, единственной с курса перед

тем, как я отправилась в районную больницу, предоставили возможность проучиться 4 месяца на базе хирургического отделения АОКБ.

Черевково — это административный центр сельского поселения, в состав которого входит около 50 больших и малых деревень, и молодому специалисту необходимо было ехать к пациентам то в одно село, то в другое. Пришлось освоить вождение автомобиля, научиться управляться с лошады. Жителей в сельской местности в 70-е годы было много. Вызывают днём, ночью — Галине Столяровой нужно было и оперировать, и вести амбулаторный приём, и выезжать со «скорой», и в морге работать, так как ближайший патологоанатом только в Котласе.

Через год работы на селе местные жители стали приглашать её на крестины, на свадьбы, у Галины Владимировны появился авторитет.

Мне абсолютно понятно, почему сельчане так полюбили молодого хирурга.

Можно привести один пример. В ЦРБ поступила женщина в состоянии геморрагического шока, а запаса консервированной крови в больнице нет. Хирург сначала перелила ей 500 г своей крови, а потом прооперировала. С тех пор врач и пациентка, можно сказать, породнились.

Хирургия — та часть медицины, где врачи реально кладут свою жизнь за жизнь пациентов, потому что невозможно быть хирургом и работать вполсилы.

С нежностью вспоминает Галина Столярова девочку, которую привезли с 4-дневным аппендикулярным перитонитом. Хирург практически жила с маленькой пациенткой в палате, пока выха-

стреляла только по мишеням. Люди очень часто думают, что если хирург постоянно в руках держит скальпель, то по характеру должен быть жёстким, невпечатлительным, циничным, даже бездушным. Однажды благодарные пациенты принесли Галине живых кур. На её удивлённый вопрос, что с ними делать, дарители ответили: «Если ты хирург, так неужели курицу зарезать не сможешь?».

В 1973 г. Галина Столярова вернулась в Архангельскую областную клиническую больницу, в которой проработала более 40 лет и считает своим вторым домом. Её специализацией стала абдоминальная хирургия и эндокринология. Она уходила с работы, когда пациенты уже спали, и приходила, когда они ещё спали.

Помимо работы в хирургическом отделении Галина Владимировна неоднократно вылетала в качестве бортирурга в районы области для оказания неотложной помощи. «Если сейчас санавиация в основном перевозит больных, то мы в своё время ни одного пациента без оперативного вмешательства не привозили. Очень часто летали своей слаженной бригадой и оперировали на местах. Могли прямо в сарае развернуть операционную, или был такой клинический случай — пришлось проводить вмешательство на кухонном столе. Прилетели мы на «Аннушке» на берег Белого моря, вышли прямо в снежную целину. В рыбачьем посёлке ничего не оказалось: ни акушерско-фельдшерского пункта, ни врача. У пациентки прервавшаяся внематочная беременность, давление уже не определялось. У нас был с собой запас донорской крови, мы перелили. Прооперировали прямо в кухне — сдвинули там все столы, которые были в доме, воду кипятили на печи. Затем поместили в меховой мешок, на самолёт и в Архангельск — там выходили. До сих пор помню эту пациентку, после выздоровления она двоих детей родила», — делится своими воспоминаниями хирург.

В 70-й, юбилейный год Победы вся страна в едином порыве прошла в рядах «Бессмертного полка». В Архангельске движение открыл единственный в России отдельный медицинский батальон. В память о земляках-медиках, спасавших бойцов в госпиталях и на полях сражений, студенты и преподаватели самого северного медицинского вуза пронесли по центральному проспекту города более 400 штендеров с портретами своих учителей, родственников, коллег. Среди них профессор Георгий Орлов, хирурги Антонина Баранова, Мария Лудникова и многие другие. На жителей города воинской славы с чёрно-белых фотографий смотрели герои Великой Отечественной войны — те, кто подарил нам Победу, те, о ком мы будем всегда с благодарностью помнить.

Екатерина НЕМАНОВА,
внешт. корр. «МГ».

Архангельск.

Память

Состоялось открытие памятной мемориальной доски основателю службы крови Омской области Марку Рабиновичу.

Ровно 80 лет назад в этом сибирском крае была создана служба крови — стараниями тогда полного сил и подвижнических стремлений врача Марка Рабиновича (1892-1976).

Марк Соломонович, родившийся в захолустном городке Полтавской

Он основал службу крови

губернии, сумел, оказавшись в Сибири, как говорится, выбиться в люди. Окончив медицинский вуз, в 42 года уже заведовал кафедрой хирургической факультетской клиники Омского мединститута. Но главной его страстью в медицине была трансфузиология. Он добился

открытия в городе на Иртыше первого кабинета переливания крови, который в 1935 г. был развёрнут уже в Омский филиал Центрального научно-исследовательского института гематологии и переливания крови (Москва). В годы Великой Отечественной войны это учреж-

дение сыграло важнейшую роль в спасении бойцов и командиров, проходящих лечение в омских эвакуационных госпиталях, которые Марк Соломонович и курировал как главный хирург областного отдела эвакуационных госпиталей. А ещё незадолго до начала войны доктор медицин-

ских наук, профессор Рабинович организовал в столице Прииртышской станцию скорой медицинской помощи.

Созидатель — так отзывались о Марке Соломоновиче люди, которые хорошо его знали. Вот почему была установлена мемориальная доска в память об этом человеке-легенде.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

