

Медицинская

11 января 2019 г.
пятница
№ 1 [7868]

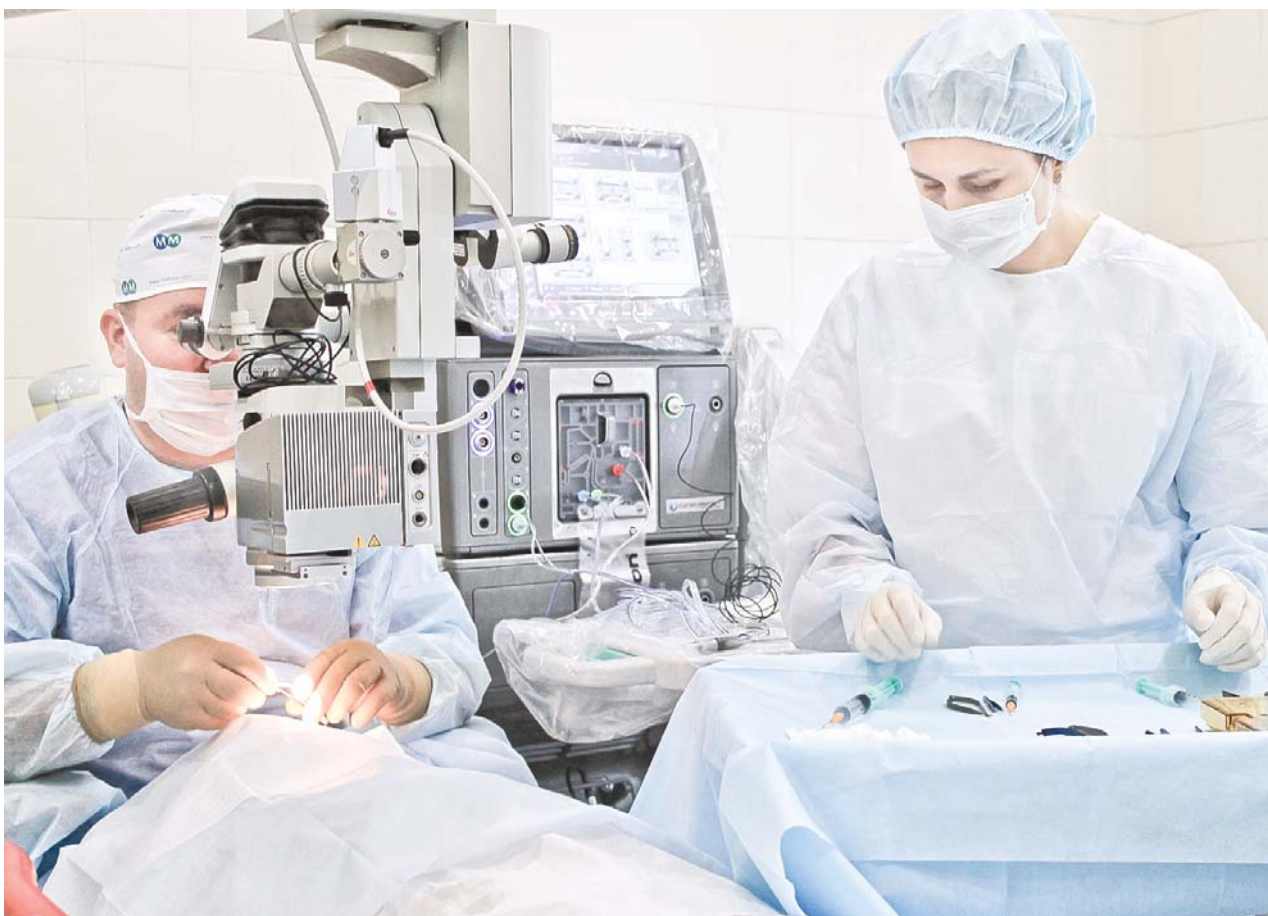
Газета®

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВРАЧЕБНОЕ ИЗДАНИЕ
Основано в 1893 году. Выходит один раз в неделю
Распространяется в России и других странах СНГ
www.mgzt.ru

Работают мастера

Настя снова видит мир!

Челябинские офтальмохирурги вернули зрение девушке, попавшей в страшную аварию



Поздно вечером Анастасия возвращалась домой из Челябинска с конкурса красоты. Она спала на заднем сиденье автомобиля. Как позже рассказывали очевидцы, на дороге перед машиной выскочил лось. Водитель не успел среагировать и врезался в животное, автомобиль потерял управление... После аварии водителя и ещё одного пассажира доставили в реанимацию областной больницы города Чебаркуль, а Анастасию сразу повезли в Челябинск.

Оперирует Андрей Кузнецов

– К нам пациентка поступила с проникающим ранением глазного яблока, контузией тяжёлой степени, отслойкой сетчатки и сосудистой оболочки глаза, а также тотальным кровоизлиянием, – рассказал заведующий офтальмологическим центром челябинской областной больницы Андрей Кузнецов. – На первом этапе мы ушили рану длиной 2,5 см, которая уходила внутрь, за глазное яблоко. Восстановили целостность глазного яблока и восполнили объём глаза специальной жидкостью с антибио-

тиком, так как глаз вытек. Убрали стёкла из века, кожи на щеке, рану ушили косметическими швами.

В приёмный покой областной больницы, как принято в случае сочетанных травм, вызвали сразу всех профильных специалистов. Кроме ранения глаза, Анастасия получила тяжёлую черепно-мозговую травму и повреждение позвоночника в шейном, грудном и поясничном отделах. За то, чтобы поставить девушку на ноги, сражались и травматологи.

(Окончание на стр. 3.)



Дмитрий РУЧКИН,
руководитель отделения
реконструктивной хирургии
пищевода и желудка НМИЦ
хирургии им. А.В.Вишневского,
профессор:

Необходимо строго следовать единым принципам повторной реконструкции, главных из которых – рациональность, то есть бережное отношение к природному пластическому материалу.

Стр. 4

Владимир СЕРОВ,
президент Российского общества
акушеров-гинекологов, главный
научный сотрудник НМИЦ
акушерства, гинекологии
и перинатологии им. В.И.Кулакова,
академик РАН:

Нельзя акушерское отделение оторвать от общей медицинской сети.

Стр. 5



Михаил ГИЛЯРОВ,
заместитель главного врача
по терапевтической помощи
городской клинической
больницы № 1 им. Н.И.Пирогова,
профессор:

Над нами как бы довлеет слово «первая», поэтому стараемся соответствовать своему назначению в прямом и переносном смысле.

Стр. 7

Сотрудничество

Удачный дебют

В Иркутской областной клинической больнице впервые выполнена пересадка печени.

Операцию проводила большая «сборная» команда – специалисты Иркутской ОКБ и Государственной новосибирской областной клинической больницы. Опытные новосибирские трансплантологи – заместитель главного врача по хирургической помощи Государственной новосибирской ОКБ Иван Поршеников, руководитель отделения пересадки органов Александр Быков и анестезиолог-реаниматолог Александр Белобородов – одновременно и помогали, и обучали, и страховали иркутских коллег во время этой первой для них операции. Управились за 12 часов.

Сегодня уже можно говорить, что пересадка печени прошла успешно, состояние 37-летнего реципиента соответствует ожидаемому в таких ситуациях. Равно как и состояние двух других реципиентов, которым в тот же день пересадили по одной почке от этого же донора.

Губернатор Иркутской области Сергей Левченко специально приехал в областную больницу, чтобы поблагодарить коллектив за удачный «дебют» в трансплантации печени и в целом за развитие трансплантологической помощи в регионе.

Глава региона даже пообещал поощрить медиков за это.

Как пояснили в Министерстве здравоохранения области, операции по пересадке почки выполняются в Иркутской ОКБ с 2003 г. от живого родственного донора, а с 2008 г. – от посмертного донора. За эти годы проведено более 170 трансплантаций, в том числе с начала нынешнего года – 13. В Минздраве не считают этот объём достаточным, потребность в трансплантологической помощи высока. В частности, заместительную почечную терапию в настоящее время получают около 800 пациентов, из них более 40 находятся в листе ожидания на пересадку почки. Поэтому каждая операция, выполненная трансплантологами Приангарья, на самом деле становится важным событием.

Буквально несколько недель назад в регионе была утверждена «дорожная карта» развития трансплантации органов и тканей человека на период 2018–2020 гг. В документе определены задачи для учреждений здравоохранения Иркутской области, в частности по формированию системы органного донорства.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Иркутск.

Перемены

В новый год – с интернетом

«Мы завершаем подключение к интернету по всем больницам Российской Федерации. На очереди у нас – ФАПы...», – заявил на заседании Совета Федерации в рамках «правительственного часа» заместитель председателя Правительства РФ Максим Акимов.

– Эту работу мы выполним до 2021 г., – пообещал вице-премьер, выступая в верхней палате парламента с докладом о мерах кабинета министров по реализации программы «Цифровая экономика Российской Федерации». Всего, по его словам, в

населённых пунктах, имеющих численность от 100 до 1000 человек, впервые будет реализовано комплексное подключение более 85% всех социально значимых объектов.

М.Акимов подчеркнул, что на реализацию этих задач регионам окажет поддержку федеральный центр. – Из федерального бюджета мы инвестируем сумму в размере 413 млрд руб. до 2024 г., в том числе в следующем году – 31 млрд, – сказал он.

Вице-премьер отметил, что россияне уже сейчас «находятся в мировых лидерах по вовлечённости в цифровую экономику – 73% населения страны

старше 12 лет регулярно пользуется интернетом.

В программу «Цифровая экономика Российской Федерации» входят 6 федеральных проектов, сообщил М.Акимов. Они предполагают нормативное регулирование цифровой среды, создание информационной инфраструктуры и информационной безопасности, обеспечение цифровой экономики кадрами, поддержку отечественных технологий, а также цифровое государственное управление.

Иван ВЕТЛУГИН.
МИА Сито!

Новости

Построят
психоневрологический интернат

Проект интерната для женщин на 400 мест в селе Некрасовка Хабаровского края прошёл недавно государственную экспертизу. Общая стоимость работ оценивается в 1,2 млрд руб., сообщили в правительстве региона. Предполагается, что 97% этой суммы выделит федеральный бюджет.

На эти средства планируется возвести два жилых корпуса на 200 человек каждый, столовую, административное здание, баню, два КПП, клуб культуры и отдыха, гараж и котельную. Постройки разместятся на участке в 10 тыс. м².

– Интернат – закрытого типа, поэтому учреждение будет полностью безопасно для жителей Некрасовки, – отметил начальник отдела краевого Министерства соцзащиты Сергей Орбодиев.

В ведомстве уточнили, что строительство интерната уже внесено в план нынешнего года. В настоящее время в Хабаровском крае работают 7 подобных учреждений. В них проживает почти 2 тыс. человек.

Николай ИГНАТОВ.

Хабаровск.

Пошли навстречу селянам

Шесть лет не работал фельдшерско-акушерский пункт в селе Скуратово Выгоничского района Брянской области. В своё время местные власти посчитали почему-то, что необходимую медицинскую помощь жители смогут получить и в Кокинской лечебной амбулатории, совсем упустив из вида отдалённость целого ряда маленьких сёл. Не смирившись с таким положением, селяне потребовали вернуть им ФАП.

И медицинское учреждение в село на днях вернули. Отыскали деньги в местной казне, сделали необходимый ремонт здания, заменили электропроводку и сантехнику. Заведовать же медицинским учреждением стала бывшая работница Брянской городской станции скорой помощи фельдшер Наталья Буркина.

Василий ШПАЧКОВ.

Брянская область.

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

Акценты

Мы желаем
счастья вам!

Песню «Мы желаем счастья вам» исполняет главный врач ГКБ № 15 Валерий Вечорко

Новогодний гала-концерт, который подготовил молодёжный совет городской клинической больницы № 15 им. О.М.Филатова Департамента здравоохранения Москвы и профсоюзный комитет, наверняка запомнится всем медицинским работникам столичной клиники в череде праздничных событий.

Он состоялся при полном аншлаге. Главной его изюминкой стали оригинальные новогодние видеоклипы с поздравлениями сотрудников. Они создали атмосферу настоящего веселья, розыгрышей, загадок, песен.

В этот праздничный вечер в исполнении врачей, медсестёр и сотрудников больницы прозвучали зажигательные новогодние песни популярных авторов. Между музыкальными номерами добрые пожелания в новом году высказывали врачи, представители администрации, профсоюзного комитета, ветераны больницы и пациенты.

Шоу продолжилось в фойе конференц-зала, где была организована фотосессия с Дедом-Морозом и Снегурочкой.

Алексей СЕРЕБРЯКОВ.
МИА Cito!

Эхо праздников

Когда в гости приходит
Дед Мороз

«Медицинская» ёлка собрала детей и взрослых

Яблоку негде упасть в фойе Дома кино, где по традиции третий год подряд проходят новогодние ёлки для детей медицинских работников, работающих в лечебно-профилактических учреждениях Москвы. С ожиданием сказочного чуда юные зрители спешат к сверкающей игрушками красавице – зелёной ёлке. Они и сами под стать ей – такие же нарядные. Уже в фойе их ожидают Дед Мороз с подарками со своей неразлучной помощницей Снегурочкой, словно только что сошедшей с подиума – в наряде, от которого кажется исходят искры. Сказочные, весёлые белочка, мышонок играющие с детьми. Как тут не быть улыбкам, смеху, шуткам, а в награду – аплодисментам.

Встретивший журналистов председатель Московского профсоюза работников здравоохранения Сергей Ремизов не скрывает своих эмоций:



Снеговик не страшен детворе

– Новогодние праздники у нас уже давно проходят по-семейному, по-доброму. Вы только посмотрите на детвору – как они радуются, счастливо смеются. Такое не забывается.

Напомним, что инициатором этого социально значимого проекта «Новогодние ёлки для детей медиков» стал Профсоюз работников здравоохранения Москвы при поддержке столичного Департамента здравоохранения. Председатель организации профсоюза Южного административного округа Фаина Манешина отметила тёплую атмосферу, которая царит в Доме кино. А председатель территориальной организации профсоюза Западного административного округа столицы Любовь Загустина выразила общую благодарность за организацию новогоднего праздника.

– Это хорошая традиция собираться вместе с детьми, можно сказать, у «медицинской» ёлки, – продолжает С.Ремизов. – В нашем профессиональном сообществе никто не забыт. Профсоюз очень заботится о многодетных семьях. Матерям-одиночкам оказываем материальную помощь. Во всех первичных организациях каждому первокласснику покупаем ранец. В эти дни всем детям членов профсоюза раздаются новогодние подарки. Организуем представления: приобретаем билеты и в Кремль – на главную ёлку страны, и в Геликон-оперу. Поэтому многие дети медиков побывают



Во время праздника

и там. Особенно гордимся, что у нас родилась своя «медицинская» ёлка в Доме кино.

и лечения. Итоги были подведены на очередной ассамблее здоровья Москвы. Мы воочию увидели, какой технологический прорыв сделали наши городские больницы, родильные дома, поликлиники. От души желаю вам всего самого доброго, чтобы и в 2019 г. при поддержке Профсоюза работников здравоохранения добивались качественного обслуживания пациентов, как и подобает московским медикам.

А между тем новогодний праздник продолжался. Дед Мороз по традиции зажёл новогоднюю ёлку. Прозвучали известные с детства песни про любимый праздник для большинства детей и взрослых.

И вот уже Дед Мороз приглашает в зал на спектакль «Пираты Карибского моря» – именно то, что нужно детворе. Они увидели феерические бои, зрительный зал погружался в ауру морской романтики. Побеждает смелость, честность, доброта, верность,



Как тут не быть улыбкам, смеху, шуткам!

Желаю коллегам здоровья и душевного спокойствия. Это базис жизни. Хочу сказать им самые тёплые и душевные слова благодарности за их самоотверженный труд, чтобы московская медицина оставалась ориентиром для других.

С Новым годом поздравил родителей и их детей президент городской клинической больницы им. братьев Бахрушиных, председатель правления общественной организации «Столичное объединение врачей», доктор медицинских наук Шамиль Гайнулин:

– Мы неплохо поработали. В столице внедрены новые высокотехнологические методики диагностики

а зло, жадность и трусость, как и полагается в захватывающей феерии, оказываются в конечном счёте повержены. Под занавес праздника счастливая детвора расходилась из Дома кино весёлой гурьбой, одарённая подарками в красивых коробках. Мне тоже хотелось пожелать им здорового детства, а их родителям – врачам, медицинским сёстрам, всем сотрудникам лечебных учреждений – тепла и уюта в их доме.

Алексей ПАПЫРИН,
обозреватель «МГ».

Москва.

Фото автора.

Официально

Обращения не остаются без внимания

Санитарно-эпидемиологическая ситуация в стране и связанные с ней вопросы были среди главных на приёме граждан в Общественной приёмной Дома Правительства РФ, который провела руководитель Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор) Анна Попова.

По ним при необходимости будут выполнены проверки и административные расследования.

В территориальные органы Роспотребнадзора за 9 месяцев прошлого года во всех субъектах РФ поступило 733 308 обращений россиян. Как и в предыдущие годы, наиболее значимыми вопро-

сами рассмотренных обращений граждан остаются защита прав потребителей (51%) и вопросы санитарно-эпидемиологического благополучия населения (40%). Это качество пищевых продуктов (10%) и экологическая составляющая жизни человека – питьевая вода и питьевое водоснабжение

(7%), почва, атмосферный воздух в городских и сельских поселениях (по 7%), вопросы сбора, использования, обезвреживания, транспортировки, хранения и захоронения отходов производства и потребления (7%), объекты, используемые в рекреационных целях (7%), а также условия отдыха и оздоровления детей (7%). В Общественные приёмные территориальных органов Роспотребнадзора обратились 85 576 граждан, на личный приём к их руководителям – 12 914 граждан.

По результатам рассмотрения вопросов, содержащихся в 41 282 обращениях, проведены проверки, административные расследования и другие мероприятия.

Иван КОСТРОМИН.
МИА Сити!

Решения

Правильный звонок

Кемерово – один из немногих городов России, где налажено эффективное взаимодействие между службой «Телефон доверия» и единым номером 112. К такому выводу пришли участники межрегиональной научно-практической конференции Российской ассоциации телефонов доверия, завершившейся в Ижевске.

На конференции обсуждались проблемы межведомственного сотрудничества со службами, которые в экстренных ситуациях должны приходить на помощь людям. Самой острой проблемой

участники назвали проблему взаимодействия с диспетчерами единого номера 112. Почти повсеместно они переадресовывают часть поступающих звонков психологам телефонов доверия, не вникая в то, что звонки не отвечают критериям экстренной психологической помощи, а позвонившие зачастую вообще не нуждаются в поддержке психолога. Специалисты служб экстренной психологической помощи из регионов РФ отмечали, что их попытки заключить договора о взаимодействии с 112 успехом не увенчались.

В Кемерове соглашение между телефоном доверия, который

входит в структуру областного клинического наркологического диспансера, и Центром обработки вызовов экстренных оперативных служб Кемеровской области по единому номеру 112 было подписано полгода назад. Документ разграничил полномочия и ответственность обеих служб и определил порядок их взаимодействия. В результате удалось исключить переадресацию непрофильных звонков на специалистов телефона доверия. Для справки: ежемесячно они и без того отрабатывают более 2 тыс. звонков граждан, нуждающихся в поддержке психолога.

Валентина АКИМОВА,
соб. корр. «МГ».

Кемерово.

Ну и ну!

Государственная Дума РФ приняла в первом чтении законопроект, который разрешает рекламировать пиво на ТВ и радио в ночное время. Проект ещё одного закона, который возвращает специальные комнаты в аэропортах, где можно курить в ожидании рейса, поддержал профильный думский комитет.

Оба этих документа, если обретут силу законов, негативно повлияют на здоровье граждан. Кроме того, они противоречат здравому смыслу. Такое мнение высказал сопредседатель Центрального штаба Общероссийского народного фронта, президент НИИ неотложной детской хирургии и травматологии, президент Национальной медицинской палаты Леонид Рошаль.

Принятый в первом чтении законопроект предлагает разрешить рекламу пива и напитков, изготавливаемых на его основе, в теле- и радиопрограммах с 23 до 7 часов по местному времени. Напомним, сейчас Федеральный закон разрешает размещать только рекламу вина, в том числе игристого, которое сделано в нашей стране из выращенного на российской же территории винограда. Кроме того, существующая норма запрещает с 1 января 2019 г. рекламировать пиво и напитки на его основе во время трансляции спортивных мероприятий, в целом на телеканалах физкультурно-спортивной тематики и в печатных изданиях. Законопроект предлагает отменить эти запреты и разрешить размещать рекламу пива в физкультурно-оздоровительных, спортивных сооружениях и на расстоянии ближе чем 100 м от них.

Второй законопроект предлагает создать специальные курительные комнаты в зданиях аэропортов и зонах, где находятся зарегистрированные на рейс пассажиры после предполётного досмотра, а также в зонах для пассажиров, следующих

Два шага назад



транзитом. Комитет Госдумы РФ по охране здоровья уже поддержал этот документ и рекомендовал принять его в первом чтении. Напомним, курение в поездах, на вокзалах и аэропортах запретили летом 2014 г. в рамках «антитабачного закона».

«Я как нормальный человек и доктор никогда не буду поощрять создание условий для курения и употребления алкоголя. Я не вижу пользы для общества в том, что в первом чтении Госдума приняла законопроект, разрешающий рекламу пива и одобрила возвращение специальных курительных комнат в аэропортах», - сказал Л.Рошаль.

По его словам, эти инициативы влекут за собой отрицательное воздействие на здоровье населения.

В новом Майском указе Президент РФ поручил увеличить долю граждан, ведущих здоровый образ жизни, к 2024 г. Поэтому Правительство РФ разрабатывает федеральный проект, посвящённый укреплению общественного

здоровья. Предварительно на него выделено более 3,6 млрд руб. На эти деньги должна быть создана среда, которая будет стимулировать людей вести ЗОЖ, сократит факторы риска неинфекционных заболеваний, защитит граждан от табачного дыма, снизит употребление алкоголя. Также в рамках проекта запланированы мероприятия, мотивирующие граждан к ЗОЖ, широкая информационная кампания в СМИ, которая затронет не менее 75% аудитории старше 12 лет.

Эксперт напомнил, что все эти усилия могут быть сведены на нет, если обе упомянутые инициативы станут законами. Чтобы выполнить задачу, поставленную президентом, нужно прежде всего пропагандировать факторы здорового образа жизни. Это систематические занятия спортом, правильное питание и отказ от вредных привычек.

Павел АЛЕКСЕЕВ.
МИА Сити!

Работают мастера

Настя снова видит мир!



Счастливая Анастасия со своим спасителем (слева)

(Окончание. Начало на стр. 1.)

– Мы первым делом надели на пациентку специальный фиксирующий корсет и воротник Шанца, чтобы избежать смещения повреждённых позвонков и обеспечить девушке необходимую мобильность в передвижении, а также обработали открытые раны, вынули из них стекло, и только потом передали её в руки офтальмологов, – пояснил заведующий отделением травматологии и ортопедии № 2 Челябинской областной клинической больницы Кирилл Абрамов.

Офтальмохирурги удалили кровь из полости глазного яблока и из-под сетчатки, приложили сетчатку к сосудистой оболочке. При выписке пациентка уже видела 6 строчек, сейчас зрение восстановилось до 80%.

– В нашей больнице всё устроено так, что пациентом занимаются сразу все специалисты, чья помощь требуется в данный момент. Я уверен, что будущее – за такими

крупными многопрофильными центрами, где есть и современная техническая база, и высококвалифицированные опытные специалисты, и возможность круглосуточной всесторонней диагностики и преемственность в лечении, – сказал главный врач Челябинской областной клинической больницы Дмитрий Альтман.

Сейчас Анастасию больше всего беспокоят шрамы на лице и на руке. Ими будет заниматься хирурги отделения реконструктивной и пластической хирургии Челябинской областной клинической больницы. Там девушке придётся перенести ещё несколько операций, в результате которых она сможет вернуться к модельной карьере, о которой мечтала с детства.

Наталья МАЛУХИНА,
внешт. корр. «МГ».

Челябинск.

Фото автора.

Санитарная зона

Отказаться от использования реагентов

Руководитель думской фракции «Справедливая Россия» Сергей Миронов анонсировал законопроект, ограничивающий применение противогололёдных реагентов на улицах. Инициатива основана на требованиях граждан и в ближайшее время будет внесена на рассмотрение Госдумы РФ, отметил глава фракции.

– Мы предлагаем отказаться от использования химических реагентов на тротуарах, во дворах – везде, за исключением проезжей части, – говорит С.Миронов. – Инициатива основана на многочисленных обращениях граждан к депутатам нашей фракции. Кроме того, призывы отказаться от реагентов собирают тысячи подписей и на сайтах онлайн-петиций.

На сегодня с подобными требованиями в интернете выступают жители Челябинска и Самарской области. Ранее более 100 тыс. подписей собрала петиция москвичей. Власти Санкт-Петербурга в 2016 г. пошли навстречу запросам граждан и отказались от применения реагентов, напомнил лидер.

– Понятно, что эти химикаты упрощают работу коммунальщикам, – говорит С.Миронов. – Зато осложняют жизнь всем остальным. О вреде реагентов граждане могут судить как минимум по своей обуви, которая уже после первой

зимней прогулки может прийти в негодность.

Противоречивые данные приводятся о влиянии реагентов на здоровье и экологию, отметил он. Чиновники и околовластные эксперты уверяют, что химикаты полностью безопасны для людей и домашних животных. Независимые исследования подтверждают, что реагенты влияют на всю экосистему, вплоть до состояния почвы и грунтовых вод.

– Кроме того, в каждом городе закупают свои реагенты, подбирают свою концентрацию химических веществ, отследить их безопасное применение в каждом конкретном случае сложно, – указывает С.Миронов. – В связи с этим мы предлагаем полностью отказаться от использования реагентов в пешеходных зонах. Последовать опыту Петербурга, стран Северной Европы, где приоритет отдаётся механической уборке, а тротуары посыпают песком и гранитной крошкой. Причём каменная крошка – не только экологичный, но и экономичный материал. Если её вовремя убирать с улиц, потом можно использовать вновь.

Разрабатываемый законопроект отвечает запросам граждан, будет способствовать улучшению экологии и качества городской среды, подчеркнул С.Миронов.

Алексей ПИМШИН.
МИА Сити!

В своей практике абдоминальным хирургам часто приходится иметь дело с нарушениями анатомии и физиологии органов, которые сформировались в результате длительной болезни. Однако клиническое наблюдение, о котором пойдёт речь, особенное. В этот раз специалистам пришлось исправлять анатомический казус, ставший результатом либо случайной ошибки, либо злого умысла самой природы. И что удивительно, не у новорождённого ребёнка, а у взрослого человека. Последнее обстоятельство само по себе вызывает многочисленные «почему», но сегодня это уже не так важно, как то, что хирургам всё-таки удалось преодолеть «сопротивление материала».

В отделение реконструктивной хирургии пищевода и желудка Национального медицинского исследовательского центра хирургии им. А.В.Вишневского поступила 35-летняя пациентка в состоянии тяжёлой кахексии, к которой привела врождённая аномалия двенадцатиперстной кишки (ДПК).

– Поскольку у нас не было заключений детских хирургов, наблюдавших эту пациентку с раннего возраста, мы могли только строить предположения, какой именно порок развития у неё был исходно. Либо атрезия в области восходящей части ДПК, либо аганглиоз ДПК – ситуация, аналогичная болезни Гиршпрунга. Не исключено, что именно из-за нарушения иннервации кишка утратила двигательную активность, в результате чего со временем баллонообразно расширилась и эвакуировала содержимое не регулярно, а только по мере наполнения. Сформировался синдром мегадуоденума, и вся система переваривания пищи оказалась нарушена, – рассказывает руководитель отделения, доктор медицинских наук, профессор Дмитрий Ручкин.

Фактически перед «взрослыми» хирургами центра хирургии им. А.В.Вишневского был чудом выживший ребёнок с врождённым пороком развития, ведь обычно без оперативного лечения такие дети долго жить не могут. Трудно объяснить, почему коррекцию аномалии ДПК девочке не выполнили своевременно. И можно лишь удивляться компенсаторным возможностям организма пациентки, которая дожила с такой патологией до 35 лет и к тому же выносила две беременности. Но относительное благополучие – если так в принципе можно назвать жизнь впроголодь – закончилось год назад, когда наступила декомпенсация.

Хирурги по месту жительства – а это один из регионов Сибири – оперировали женщину дважды, однако ожидаемый результат так и не получили. Сначала была предпринята попытка расправить дуоденоюнальный переход, чтобы помочь двенадцатиперстной кишке опорожняться. Во второй раз с помощью петли тонкой киш-

ный характер и могла в ближайшее время привести к гибели больной от кахексии и обезвоживания, – поясняет Д.Ручкин.

Сложная и абсолютно уникальная операция, которую выполнили женщине специалисты центра хирургии им. А.В.Вишневского – очередной пример блестящего владения «искусством кройки и

ходило видеть такой дилатации двенадцатиперстной кишки: её диаметр превышал 13 см при анатомической норме 3 см. После того как вопрос с функцией ДПК был решён, приступили к формированию соустья её с тонкой кишкой, чтобы за счёт нормальной перистальтики подключённого сегмента тощей кишки обеспечить адекватную

первый взгляд, какие-то кружева: хитросплетение органов, анастомозов, петель, сужений и расширений. Как именно должно выглядеть это «кружево» в итоге, решалось в процессе, когда хирурги уже стояли у операционного стола. Значит ли это, что даже в условиях стандартизации хирургических подходов творчество допустимо?

Ситуация

К вопросу о творчестве...

Как совместить «полёт мысли» хирурга и принципы повторной реконструкции?



Идёт очередная реконструкция

ки сформировали два соустья – с желудком и с ДПК, предполагая, что содержимое из желудка и из ДПК будет дренироваться в эту петлю и оттуда двигаться дальше.

– Теоретически такой вариант допустим, но в данном случае он не сработал, потому что двигательная активность двенадцатиперстной кишки исходно была аномально снижена. Два хирургических вмешательства не устранили стойкий гастродуоденостаз. Питаться через рот пациентка так и не смогла, каждый приём пищи сопровождался тошнотой и рвотой. Поэтому ей установили тонкий зонд для энтерального питания, с которым она проходила последние 6 месяцев. Когда женщина приехала к нам, она была очень ослаблена и крайне истощена. Ситуация обрела опас-

ный характер в исходно сложных анатомических условиях.

– Сначала нам необходимо было разобрать сформированную коллегам конструкцию. Затем мы выполнили резекцию трёх четвертей желудка, который так же, как и двенадцатиперстная кишка, был перерастян и обездвижен. Возможно, причина та же – аганглиоз, мы надеемся, что ответ на этот вопрос даст патологоанатомическое исследование. Следующим этапом необходимо было выполнить двустороннее выключение ДПК из пассажа пищи с сохранением за ней только функции депонирования и эвакуации желчи и панкреатического сока, – восстанавливает хронологию операции профессор.

По словам опытного хирурга, никогда прежде ему не при-

шлось видеть такой дилатации двенадцатиперстной кишки: её диаметр превышал 13 см при анатомической норме 3 см. После того как вопрос с функцией ДПК был решён, приступили к формированию соустья её с тонкой кишкой, чтобы за счёт нормальной перистальтики подключённого сегмента тощей кишки обеспечить адекватную

систему транспорта пищи. Причём, как подчёркивает Д.Ручкин, отводящие и приводящие петли собрали из разных сегментов тонкого кишечника, то есть использовали стандартные хирургические подходы в нестандартном их сочетании. Можно ли назвать это недопустимым отступлением от правил? Нет. В реконструктивной хирургии всё и всегда выкраивается индивидуально, как говорится, «шьётся из материала заказчика и под заказчика». Именно поэтому можно быть на 100% уверенными в том, что второй точно такой же операции никто никогда и нигде не выполнял. В то же время, убеждён Д.Ручкин, необходимо строго следовать единым принципам повторной реконструкции, главный из которых – рациональность, то есть бережное отношение к природному пластическому материалу. Проще всего «отрезать и выбросить», сложнее – сохранить и использовать.

– У нас опыт выполнения более 70 повторных реконструктивных операций, и все эти «переделки» – индивидуальные ситуации, похожих нет. Но только используя общие принципы реконструктивной хирургии пищевода и желудка, нам удаётся реализовать главные задачи: если ДПК сохранена, то вернуть через неё пассаж пищи, а если надо удалить желудок, то сформировать вместо него тонкокишечный резервуар. При этом выкроить его надо так, чтобы добиться функционально хорошего результата, – продолжает Д.Ручкин.

Перед мной рисунок, который сделал Дмитрий Валерьевич во время нашего разговора. На нём схема выполненной операции. На

– В идеале хирург идёт в операционную с уже готовым дизайном предстоящей реконструкции в голове, вооружённый данными предоперационной диагностики. Но планы осуществляются не всегда. Правильнее сказать: в нашей практике чаще бывает не так, поэтому тактика определяется по ходу операции. К вашему вопросу о творчестве во время принятия решений: любая повторная операция есть творчество. Но не произвольное искусство! Творчество заключается в том, что обоснован и принципиально предопределён каждый из моментов нестандартной операции, и в ней нет ничего случайного. И каким бы неожиданным ни оказался сюрприз, преподнесённый болезнью пациента, при выборе тактики оперативного вмешательства должны быть реализованы все физиологические принципы повторной реконструкции. На эту тему в нашем отделении проведено научное исследование, и сейчас готовится диссертационная работа, – резюмирует мой собеседник.

Что касается 35-летней сибирячки, результат операции благополучный: гастростаз был устранён, уже через неделю моторная функция кишечника восстановилась в полной мере, равно как и вся система пищеварения. Пациентку выписали домой с возможностью полноценно питаться. Спасённая жизнь стала ей подарком в канун Нового года.

Постскриптум: и всё-таки врождённые пороки развития у детей лучше выявлять и корректировать вовремя.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Тенденции

Отделение хирургии и онкологии с кабинетом рентгенологических методов диагностики и лечения открылось в Республиканской клинической больнице. Врачи уже принимают пациентов. С отделением в первый день работы ознакомился министр здравоохранения региона Джамалудин Гаджибрагимов. По его словам, доктора будут выполнять огромный спектр сложных хирургических вмешательств и проводить диагностику всех онкологических заболеваний.

«Необходимость открытия такого отделения назрела давно. Лечить пациентов будут врачи с колоссальным опытом работы в Первом Московском государственном медицинском университете им. И.М.Сеченова во главе с руководителем больницы Газиявдибором Мусаевым. Задача, которая стоит перед ними, – поднять на новый уровень диагностику заболеваний, в том числе онкологических, и внедрить в клиническую практику малоинвазивные технологии. Главное их преимущество – наименьшая травматичность для пациента в сравнении с традиционными от-

Новая высота взята

В Дагестане активно внедряют малоинвазивные технологии

крытыми доступами и, как следствие, быстрое восстановление. И с сегодняшнего дня жители нашей республики будут иметь возможность получить такую высокотехнологичную медицинскую помощь, не выезжая за пределы Дагестана», – отметил Д.Гаджибрагимов.

Первым пациентом стал 80-летний житель Хивского района. У него диагностировали опухоль поджелудочной железы. «Опухоль достаточно большая, она сдавила жёлчные протоки, из-за чего у пациента возникла механическая желтуха. Раньше такие больные либо умирали, либо возникала необходимость в проведении больших открытых операций. Мы же сегодня установили ему стент в опухоль, который растягивает проток, позволяя беспрепятственно выводить жёлчь. Второй пациент поступил с метастазами в печени. До сегодняшнего дня таких больных лечили только химиотерапией,



которая не всегда давала полноценный эффект. Мы сделали ему чрескожно пункцию метастаза, был установлен термозонд и выполнена абляция опухоли, то есть её разрушение с помощью высокой

температуры, которая может достигать 120 градусов», – объяснил Г.Мусаев.

В отделении будут выполнять все существующие в медицинской практике малоинвазивные

технологии. «Вмешательства при всех видах механической желтухи, стентирование, фотодинамическая абляция опухолей, абляция всех видов метастазов в печени, в поджелудочной железе, брюшной полости и т.д. Отделение пока рассчитано на 20 коек, и мы надеемся в скором времени расширить деятельность», – добавил доктор.

Подобные операции ранее в республике никогда не проводились, теперь же в день доктора планируют выполнять до 6 таких вмешательств, и это только начало, обещают медики.

Лечиться здесь могут не только жители Дагестана, но и больные из других регионов. Среди первых пациентов отделения – жители Кабардино-Балкарской Республики и Республики Ингушетия.

Залина МУРТАЗАЛИЕВА,
внешт. корр. «МГ».
Махачкала.

В России в результате беременности и родов в 2017 г. погибло 188 женщин, из них 28 – от кровотечения. Цифра вроде небольшая. Но с массивными акушерскими кровотечениями в своей практике сталкивается каждый акушер-гинеколог. Другое дело, что благодаря грамотным действиям они не переходят в смертельные. Какой должна быть тактика врача в сложных ситуациях, как предотвратить трагические исходы – это стало одной из тем Всероссийского конгресса «Анестезия и реанимация в акушерстве и неонатологии».

Не верь глазам своим

В Москве в день регистрируется 6 тяжёлых акушерских кровотечений. Однако в год удаляется 2-3 матки и ни одна женщина не погибает. Здесь необходимо пояснение. Ранее при массивных маточных кровотечениях зачастую прибегали к экстирпации матки, чтобы, не теряя времени, спасти жизнь женщине. Сейчас матку стараются сохранить, делая всё возможное. Немалую роль в этом играет повышение уровня знаний, взаимодействие специалистов, быть предельно внимательными при диагностике кровотечений призвал молодых докторов заведующий кафедрой акушерства и гинекологии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова академик РАН Марк Курцер.

– Не верьте своим глазам, – сказал он. – Если нет наружного кровотечения, это не значит, что у женщины его нет.

Обычно пропускаются кровотечения у тех пациенток, у которых, казалось, ничего не может случиться. Средний возраст едва не погибших женщин составлял 33-35 лет.

– В акушерстве все беременные, роженицы и родильницы заслуживают внимания и составляют группу риска, – подчеркнул академик.

Среди причин массивных акушерских кровотечений он выделил две: разрывы (матки, боковых стенок влагалища, слизистой и т.д.) и нарушение сократимости миометрия. Кстати, массивным кровотечением считается, если диагностируется хотя бы один из таких показателей, как кровопотеря свыше 1500 мл, снижение объёма циркулирующей крови (ОЦК) более 20%, гемоглобин – более 25%, систолическое давление менее 90 мм рт.ст.

Делая акцент на основных принципах диагностики массивных акушерских кровотечений, М.Курцер поставил на обсуждение ряд вопросов. Например, почему пациентку после родов надо наблюдать 2 часа, откуда это взялось? Какова продолжительность мониторинга основных гемодинамических показателей? По его словам, если пройти по родильным залам, то можно увидеть, что после родов женщины, как правило, лежат без мониторов. Не осуществляется ультразвуковой контроль при переводе через 2 часа после родов в палату. Кровопотеря обнаруживается только тогда, когда пациентка начинает жаловаться. Почему бы не сделать ультразвук и не посмотреть, сколько крови в матке в момент перевода? Почему не выполняется обязательное мануальное влагалищное обследование перед переводом в послеродовое отделение?

Академик обратил внимание на то, что не следует вводить пациентке сокращающие препараты, пока не сделано ручное обследование. Иначе можно пропустить разрыв матки.

По его мнению, лечение акушерских кровотечений – процесс поэтапный.

– Прежде всего мы должны научить молодое поколение найти кровотечение и мгновенно,

временно его остановить, чтобы пациентка не «вытекла», – отметил М.Курцер и поделился собственным опытом. – Самый лучший способ, который я до сих пор применяю, – пережатие брюшной аорты. Меня этому научили, когда я ещё начинал работать санитаром в родблоке, показали, как кулаком зажать. Понятно, что это временная мера.

Кстати, появилась новая концепция лечения атонического маточного кровотечения, предусматривающая тугое бинтование матки стерильным эластичным бинтом.

ентка погибает, как при сепсисе, травме и т.д. Поэтому боритесь с полиорганной недостаточностью. Кстати, в своё время мы показали, что если в первые часы после кровотечения проводить плазмаферез, то полиорганная недостаточность практически отсутствует. Поэтому реабилитация после кровотечения необходима, а не просто женщина полежала и её отпустили.

По мнению В.Серова, пережатие аорты с целью временной остановки кровотечения – давно существующий метод, и не стоит его преподносить как новость.

при акушерском кровотечении будет отвечать акушер-гинеколог, за анестезиологическое осложнение – анестезиолог.

Заведующий отделением анестезиологии-реанимации НМИЦ АГП им. В.И.Кулакова доктор медицинских наук Алексей Пырегов считает, что при кровопотере до 1500 мл лидер – акушер-гинеколог, свыше – анестезиолог-реаниматолог. Но это лидерство именно в командной работе. А лечащим врачом должен быть акушер-гинеколог.

Дискуссия разгорелась и вокруг наличия ДВС-синдрома в аку-

бuite обеспечить ангиохирургию в акушерском отделении! Что ей там делать? Эмболизовать раз в 3 месяца? Смысла в этом нет. В многопрофильной больнице – другое дело.

Действительно, возможности Национального центра, областной больницы и возможности городского акушерского учреждения не сопоставимы. Поэтому и создание стандартов, протоколов очень сложно.

Что касается сравнения показателя гибели женщин от массивных акушерских кровотечений в России и в развитых странах, то мы

Проблемы и решения

У истины задумчивое лицо

Если ты чего-то не видишь, не значит, что это не существует

Второй этап – восполнение ОЦК, реанимационные мероприятия. Здесь очень важна командная работа анестезиолога и акушера-гинеколога. Потому что акушер-гинеколог иногда находится в паническом состоянии. Понимая, что каждая капля крови бесценна, он начинает прибегать к экстирпации матки, предпринимать безумные действия, которые приводят к ещё большей, дополнительной кровопотере.

И третий этап – окончательная остановка кровотечения, к чему пациентку должны подготовить анестезиологи-реаниматологи.

Дуэль гигантов акушерства

Выступление М.Курцера вызвало горячую дискуссию.

– По поводу 2 часов после родов хочу прокомментировать, – заметил президент Российского общества акушеров-гинекологов, главный научный сотрудник Национального медицинского исследовательского центра акушерства, гинекологии и перинатологии (НМИЦ АГП) им. В.И.Кулакова, академик РАН Владимир Серов. – Я в своё время занимался хирургией, и мы женщину, да и вообще пациента после аппендэктомии поднимали со стола и отправляли в палату пешком, а не держали 4-5 часов. Потому что, когда он идёт, кровообращение восстанавливается. А когда лежит 4-5 часов, могут возникнуть осложнения в результате длительной иммобилизации. Поэтому больше 2 часов лежать не надо.

Что касается причин смерти, Марк Аркадьевич говорит: «Женщина вытекла», – продолжил В.Серов. – Она не «вытечет», а умрёт от полиорганной недостаточности. Не просто от того, что у неё гиповолемия. Женщина восстанавливает кровь из депо очень быстро и факторы свёртывания тоже. А если ещё проводится инфузионная терапия, она не «вытечет». Вот называют цифры потерянной крови. Это правильно, но недостаточно. Массивное кровотечение всегда сопровождается двумя факторами: шок и нарушение гемостаза. Анестезиологи скажут: «Там шока нет, кровопотеря – 1,5 л, что особенного». Отвечу: «Есть». Неужели вы думаете, что 1,5 л кровопотери не нарушает микроциркуляцию? Нарушает. Значит, вы будете бороться с шоком и с нарушением системы коагуляции. Термин «вытекает» не совсем правильный. Не вытекание само по себе играет роль, хотя и оно в том числе, но в первую очередь – полиорганная недостаточность. Именно она в конечном итоге угнетает женщину, от неё паци-



На что М.Курцер ответил:

– Я сегодня вижу большую проблему в том, что такие известные методы, как остановка кровотечения путём компрессии, прижатия брюшной аорты, забыты в акушерском мире, и это подменяется хирургической агрессией. Мы должны учить молодёжь, первое, что нужно сделать, – остановить кровотечение любым способом. Прижми, собери старших товарищей, к тебе придут на подмогу. Если есть возможность, проведи ревизию. Это забыто, отсутствует даже в протоколах. Я за активность хирургическую, но каждая капля крови в организме женщины бесценна. И все действия врача должны быть направлены на то, чтобы не дать ей вытечь, уйти из организма, этим будет обеспечена самая большая поддержка работы анестезиолога. На мой взгляд, роль анестезиологической службы чрезвычайно велика. Анестезиолог должен быть ведущим участником в такой ситуации, а не просто стоять и подливать препараты.

Кто главный?

Утверждение М.Курцера, что лечащим врачом пациентки с массивным кровотечением при критическом состоянии должен быть не акушер-гинеколог, а анестезиолог-реаниматолог, затронуло буквально всех.

С ним не согласился в первую очередь В.Серов:

– Всё-таки наиболее важен акушер-гинеколог. Он останавливает кровотечение. А анестезиолог-реаниматолог работает с ним в содружестве.

По мнению исполняющего обязанности директора Института акушерства НМИЦ АГП им. В.И.Кулакова доктора медицинских наук Романа Шмакова, ответ на вопрос «Кто лечащий врач?» прост. Кто отвечает, тот и лечащий врач. За материнскую смертность

шерстве. М.Курцер сказал, что в акушерстве синдром отсутствует, чем вызвал возражения В.Серова.

– А если у женщины преэклампсия, разве у неё ДВС-синдрома нет? – сыпал аргументами Владимир Николаевич. – Давным-давно известно, что есть ДВС-синдром совсем не означает кровотечения. Эта патология может быть с кровотечением и без него. Как называть: ДВС-синдром, коагулопатия – дело другое. Во всём мире называют ДВС-синдром. Существует такое понятие, как шоковая матка. Почему она оказалась шоковой? Потому что продукты деградации фибриногена при ДВС-синдроме блокируют сократительный белок матки.

Дела организационные

Зашёл разговор и насчёт стандартов. В России 30% акушерских учреждений третьего уровня (перинатальные центры, акушерские отделения многопрофильных больниц), 30% – первого уровня (там, по словам В.Серова, может родить женщина только во второй раз, и то если в первый у неё всё было в порядке). Остальные (40%) – второго уровня, который доминирует (а это весьма скромные учреждения – как правило, городские родильные дома).

– Попробуйте создать стандарты для всех, сразу наткнётесь на препятствия, например, что эмболизация на втором уровне уже невозможна, – пояснил В.Серов. – Я спрашивал профессора Ричарда Волдмана, бывшего президента Американской ассоциации акушеров-гинекологов, насчёт эмболизации сосудов. Он отвечал, что этот метод нельзя распространять в акушерских стационарах. В крупных больницах – да. Помните, кто выполняет эмболизацию сосудов, например, при миоме матки. Ангиохирург, конечно. А акушер докладывает о том, что мы сделали. Попро-

явно проигрываем. Но не всё так однозначно. Если взять, скажем, опыт Европы, то там смертность от кровотечений практически не значит, указаны другие причины, например смерть от эмболии околоплодными водами. В своё время на одной большой конференции российские специалисты поинтересовались у известного английского профессора: «Может ли в Британии женщина умереть от кровотечения?» Он ответил: «Никогда». А потом добавил: «Никогда никто не узнает, что она умерла от кровотечения».

– С профессором Волдманом – экс-президентом Американской ассоциации акушеров-гинекологов – я разговаривал пару лет назад, – поделился информацией В.Серов. – В США в то время материнская смертность была 14. Я удивился, почему такая большая. Тот пояснил: «Метаболический синдром, ожирение, гипертония, диабет – все экстрагенитальные патологии прогрессируют». Правда, там учёт ведётся в течение года после родов, а у нас – в течение 42 дней. Но и у них женщины погибают от кровотечений!

– Это проблема междисциплинарная, – отметил заведующий кафедрой акушерства и гинекологии Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова член-корреспондент РАН Александр Макацария. – Акушерские стационары в мире, в крупных центрах находятся под зонтом многопрофильных больниц. И у нас должно быть также. Традиционных акушерских знаний в тяжёлых случаях недостаточно. Когда возникают сложные ситуации, мы всегда обращаемся к другим специалистам, без их участия многое не имеем права делать. Целый ряд заболеваний, патологии гемостаза при беременности не диагностируется. Коагулоактивные препараты должны применять люди, хорошо знающие гемостаз.

По мнению В.Серова, беда сейчас в том, что мы ориентируемся на перинатальные центры. Да, для детей это очень важно, так как дают возможность выхаживать недоношенных. А для матерей – не лучший вариант, поскольку не учитываются нужды женщины.

– Если перинатальный центр входит в структуру многопрофильной больницы, хорошо. А не входит – плохое учреждение для акушеров, – говорит Владимир Николаевич. – У нас порой ухитряются их строить в чистом поле. Хотя уже лет 50 говорится о том, что нельзя акушерское отделение оторвать от общей медицинской сети.

Валентина ЕВЛАНОВА,
корр. «МГ».

Юбилей

Для многих коллег – медиков Самарской области, да и страны, – Геннадий Котельников остаётся и человеком, и врачом, и учителем с большой буквы. И все 20 лет на посту ректора Самарского государственного медицинского университета он работает по самым высоким меркам, самым лучшим критериям своей профессии.

Академик РАН Г.Котельников избран спикером Самарской губернской думы, оставаясь ректором СамГМУ. Так получилось. Хотя, по его словам, он никогда не собирался связать свою жизнь с политической деятельностью. Как человек ответственный Геннадий Петрович не смог отказаться от предложения губернатора возглавить думу. Он понимал, что настоящее и будущее Самарской области связано с теми решениями, которые будут принимать депутаты, работая вместе с губернатором на главном направлении – улучшении жизни населения области.

В то же время Г.Котельников всегда стремился поднимать планку качества подготовки врачей с

Человек нашего времени

учётом спроса на молодых специалистов в отрасли.

Формирование региональной образовательной системы и её обновление всегда являлось ответом на требование времени. Актуальность их очевидна и сегодня, когда востребованы новые методы исследований, а человеческий ресурс признан главным национальным богатством. Всё это понимал ректор и прилагал усилия, чтобы университет оставался в фарватере движения.

Это под его руководством сформировались в университете авторитетные научно-педагогические школы, основоположниками которых были академик РАН А.Краснов, академик РАН И.Солдатов, член-корреспондент АМН СССР Т.Ерошевский, М.Сергиевский, профессор А.Аминев, Г.Ратнер, А.Лебедев, С.Шестаков, А.Германов, В.Германов и другие. Это крупные учёные, врачи, раз-



работчики целых направлений в медицине, прославившие самарский вуз. Выпускниками университета были выдающиеся организаторы

здравоохранения, министры здравоохранения СССР Г.Митерев, академик РАН И.Денисов, В.Калинин. СамГМУ отличается сильным профессорско-преподавательским составом. Достаточно сказать, что сегодня в университете работают 750 преподавателей, 83% из которых имеют учёные степени и звания.

Наличие клинической базы и тесное взаимодействие с практическим здравоохранением региона – это тоже вклад ректора Г.Котельникова в развитие университета, что непременно сказывается на качестве подготовки выпускников. Кстати, ректор – сам выпускник alma mater. Добавим, что вуз обладает высоким научным и инновационным потенциалом. Только за последние 5 лет его сотрудники получили 191 патент на изобретения. Уже практически 25 лет на рынке представлены биоимплантаты «Лиопласт», создан-

ные учёными СамГМУ. Геннадий Петрович гордится выпускниками университета, которые создают кадровый потенциал здравоохранения, достойно представляя родной вуз в России и за рубежом.

По многолетнему упорному труду и награды. Г.Котельников – лауреат Государственной премии России, дважды – премии Правительства РФ, почётный гражданин Самарской области, создатель Совета медицинских и фармацевтических вузов нашей страны, который он возглавлял 8 лет. Награждён орденами «Дружбы», «Почёта», «За заслуги перед Отечеством IV степени». Под его руководством защищено 25 докторских и 55 кандидатских диссертаций.

Журналистский коллектив «МГ» присоединяется к многочисленным поздравлениям в адрес Геннадия Петровича в связи с его 70-летием и желает ему в дальнейшем созидательной творческой энергии, крепкого здоровья и добра!

Память

Добровольцы с берегов Волги

Саратовские медики спасали людей на развалинах Ленинанкана

Тридцать лет назад с небольшим, 7 декабря 1988 г., в Армении произошло страшное землетрясение. До основания был разрушен город Спитак, сильно пострадали Ленинанкан (ныне Гюмри), Кироваван (ныне Ванадзор), Степанаван и ещё более 300 населённых пунктов. Среди тех, кто в числе первых пришёл на помощь, были специалисты из Саратовской области.

В считанные секунды высотные дома и другие здания буквально подпрыгнули в воздух, а затем сложились как картонный домик, похоронив под своими завалами всех, кто был внутри. Волна, вызванная землетрясением, обошла планету два раза и была зарегистрирована научными лабораториями в Европе, Азии, Америке и Австралии.

Трагедия потрясла мир

Все республики СССР, а также 111 стран предоставили специалистов, спасательное оборудование, продукты, медикаменты. Узнав о землетрясении, на место катастрофы ринулись тысячи добровольцев, желающих помочь. Были среди них и саратовцы, в том числе профессор Даниил Пучиньян.

– Как только я услышал по радио о землетрясении на родине моих предков, сразу же стал собираться в Армению. Пospешил в горвоенкомат, чтобы получить направление. Мне тогда было 40 лет, имел знания, опыт. После окончания Саратовского медицинского института работал хирургом в больнице Приволжской железной дороги, защитил кандидатскую диссертацию. Получил и военно-медицинское образование: после вуза два года – на военной службе, в должности начальника лазарета авиационного полка, стал старшим лейтенантом медицинской службы. В военкомате встретился со своими соплеменниками Робертом Капреловым, Сейраном Арутюняном.



Врачи одели военную форму

Среди добровольцев оказались люди разных национальностей – и армяне, и русские, и украинцы, и татары, и евреи, – вспоминает Даниил Миронович.

Оперировали в палатках

Саратовский медотряд, включая средний и высший персонал, насчитывал более 40 человек.

– Вначале мы поехали в село Вязовку, где был сформирован полк гражданской обороны. Меня назначили командиром медицинской роты. Затем направились в Татишево: в военном городке получили обмундирование, медтехнику. Оттуда на поезде – в Армению. Когда прибыли в Ленинанкан, ужаснулись. Вместо домов – развалины, кругом руины. Деревья вырваны с корнями. На земле много трупов. Стоны, рёв, плач, искажённые страданиями лица уцелевших жителей. Без крова остались тысячи. Нас, медиков, особо потрясло, что были сильно разрушены больницы, поликлиники, медпункты... – признался Д.Пучиньян.

Три героических месяца

На помощь пришли строители, ремонтники. В кратчайший срок они отремонтировали один из корпусов больницы. Создали условия для приёма больных. Но их оказалось так много, что пришлось установить палатки. Армения хоть и юг СССР, но в декабре там тоже настоящий мороз. Врачи прямо в палатках, отапливаемых буржуйками, зашивали раны, делали операции, оказывали самую разную помощь.

Три месяца трудились саратовцы в Ленинанкане. В тяжёлых условиях медики проявили стойкость, выдержку, мужество, самообладание, спасая людей, рисковали сами.

Врачи обычно сочувствуют больным, о которых речь в этой статье, не просто сочувствовали, сострадали пострадавшим. Их труд – это героизм, иначе и не скажешь.

Юлий ПЕСИКОВ,
внешт. корр. «МГ».

Саратов.

Проекты

С учётом мнения медицинского и пациентского сообществ на завершивших осеннюю парламентскую сессию заседаниях Государственной Думы и Совета Федерации Федерального Собрания РФ принят законопроект по вопросам клинических рекомендаций. Как ожидается, после того как его подпишет глава государства, закон вступит в силу.

Лечить будем по рекомендациям

Речь о федеральных законах «О внесении изменений в статью 40 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» по вопросам клинических рекомендаций» (проект № 449180–7), наделяющих эти рекомендации новым статусом – обязательных к исполнению. О необходимости внедрения их, а также протоколов лечения в медицинскую практику говорилось в Указе Президента РФ Владимира Путина № 204 от 07.05.2018 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 г.».

Оперативно, в мае же, в парламент был представлен законопроект поправок к Федеральному закону № 323-ФЗ об охране здоровья граждан. Последовало активное обсуждение документа на самых разных площадках – от медицинского и пациентского сообществ и Счётной палаты РФ до «круглого стола» в Госдуме «Клинические рекомендации и протоколы лечения в современной медицинской практике».

В результате в тексте законопроекта были уточнены определения терминов «клинические рекомендации» и «протоколы лечения», механизм формирования перечня заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), по которым разрабатываются клинические рекомендации, изменена процедура их утверждения. Кроме того, в целях приведения проектируемых норм в соответствие с иными законодательными актами Федерального закона об ОМС был дополнен положением, согласно которому экспертиза качества медицинской помощи будет проводиться на основании критериев оценки её качества, утверждённых в соответствии с Фе-

деральным законом № 323-ФЗ. Была прописана также необходимость создания при Минздраве России научно-практического совета, на который возлагались бы обязанности рассматривать и одобрять клинические рекомендации.

А разрабатывать их по отдельным заболеваниям или состояниям (групп заболеваний, состояний) с указанием медицинских услуг, предусмотренных номенклатурой, будут, согласно новому закону, медицинские профессиональные некоммерческие организации. Перечень таких заболеваний составляет Минздрав России. В научно-практический совет, который будет одобрять либо отклонять клинические рекомендации, войдут представители научных организаций, вузов, медицинских учреждений. Осуществлять методическое сопровождение процесса разработки рекомендаций будет Минздрав России, который наделяется полномочиями по утверждению порядка их разработки, типовой формы и требований к структуре и т.д.

Согласно заключению, к одобренному 21 декабря Советом Федерации закону, медицинским некоммерческим профессиональным организациям предстоит разработать пакет всех клинических рекомендаций до 31 декабря 2021 г. Поскольку переход на них соединит критерии качества оказания медицинской помощи и стандарты лечения, «для соблюдения всех составляющих будет установлена административная ответственность», отмечала ранее заместитель председателя Правительства РФ Татьяна Голикова.

До введения клинических рекомендаций будут действовать ранее утверждённые регламенты.

Иван ВЕТЛУГИН.
МИА Сити!

История московской городской клинической больницы № 1 им. Н.И.Пирогова насчитывает 216 лет. И можно уверенно сказать, что коллектив этого учреждения – это единый организм, действующий по принципу «никому не отказывать в лечении». Специализированная неотложная помощь здесь оказывается широкому спектру больных хирургического, травматологического, терапевтического и кардиологического профилей. В общей сложности в год до 70 тыс. москвичей восстанавливают здесь здоровье.

Об особенностях работы этих медиков, их «секретах» и состоялся у нас разговор с заместителем главного врача по терапевтической помощи, доктором медицинских наук, профессором Михаилом ГИЛЯРОВЫМ.

– Михаил Юрьевич, какой он, сегодняшний день знаменитой Первой Градской, в чём её отличие от других не менее именитых московских клиник? Что в принципе могут ваши специалисты и над какими направлениями предстоит ещё работать, чтобы продвигаться вперёд, особенно в оказании высокотехнологичной медицинской помощи? Ведь высокие показатели смертности от болезней сердечно-сосудистой системы остаются главной проблемой во всём мире. Какие задачи решают ваши доктора, чтобы эффективно лечить эти болезни?

– Наверное, нынешнее время такое же, как всегда, когда медицинская помощь москвичам оказывалась постоянно, независимо от сословной принадлежности и статуса. Конечно, с годами диагностические возможности и оснащённость современным оборудованием существенно расширились и слова «высокие технологии» стали обыденными.

Наша больница – больница скорой помощи. Поэтому основные направления лечения – оказание экстренной, неотложной помощи при инфарктах, инсультах, травмах различной локализации, неотложная хирургия.

Если взять терапевтический сектор, то здесь на первом месте стоят инфаркты. Для первых уже отработаны методы и способы лечения, и они стали рутинными. В Москве создана сеть сосудистых центров, один из них в нашей больнице. Обучены врачи, как спасать инфарктников, есть установки, технологические изыски типа экстракорпоральной мембранной оксигенации для очень тяжёлых пациентов.

Другая группа больных с церебральным инсультом. Но здесь, не побоюсь этого слова, мы делаем первые шаги. Второй год работаем в рамках «инсультной сети», созданной для максимально раннего восстановления церебрального кровотока. Московским правительством была поставлена задача – наладить её на базе инфарктной сети, так как у нас в России очень мало подготовленных нейрорадиологов. А на базе инфарктной сети есть специалисты, способные выполнять внутрисосудистые вмешательства. И именно они, пройдя соответствующее обучение, в том числе и за рубежом, стали теми, кто начал лечение ишемического инсульта с помощью внутрисосудистых методов в достаточно сжатые сроки, была необходимость выстроить круглосуточную службу. На это были выделены довольно большие средства. За 2 года в больнице выполнено почти 200 вмешательств при ишемическом инсульте. Так что нарабатываем опыт, стремимся, чтобы все задействованные на этом направлении специалисты владели необходимыми методами.

Из досье Первой Градской. Благодаря тому, что больница вошла в пилотный проект по тромбозэкстракции, здесь на 6,9% увеличилось число рент-

геноэндососудистых вмешательств. Ежегодно выполняется 1200 эндососудистых процедур (стентирование, баллонная ангиопластика, коронарография, вмешательства при инсульте). По их числу она занимает одно из лидирующих мест в Москве.

– Там, где наука и практика – союзники, там обычно внедряются новые технологии диагностики и лечения. Насколько тесная связь Первой Градской

К сказанному нужно добавить, что часть наших врачей являются и сотрудниками кафедр университетов и академии. К примеру, я заведующий кафедрой кардиологии на факультете усовершенствования врачей РНИМУ им. Н.И.Пирогова.

А врачи нашего регионального сосудистого центра – это тот симбиоз науки и практики, когда ведущие хирурги вместе с сотрудниками кафедры участвуют в оперативных совещаниях, в

Ведь нередко мы их последняя надежда. Понимая, что над нами как бы довлеет слово «первая», стараемся соответствовать своему назначению – в прямом и переносном смысле. В больнице сложился полноценный клинический организм, объединяющий работу отделений, клиник, где тесно переплетаются процессы клинической практики и научные изыскания. У нас 3 больших больничных корпуса. После реконструкции должен

Не хотелось бы говорить какие-то формальности и тем не менее выкристаллизовался профессиональный коллектив с пониманием задач. Медики – люди с интеллектуальным образованием, на них лежит большая ответственность в принятии решений. Ими не надо руководить, им нужно помогать и лишь иногда немного двигать в том направлении медицины, которое в данный момент востребовано. Руководство больницы старается так и действовать. Другое дело, что не всегда так получается, но всё поправимо при желании. Но коллегам надо доверять. Только при таком подходе работа даёт определённые плоды и удовлетворение. То есть действовать в одном, как говорится, ключе.

Сейчас много говорят о врачебных ошибках, о «честь мундира». Наверное, любой ценой защищать эту честь тоже не стоит, а то недолго и потерять её. Но должно быть справедливое разбирательство любого врачебного промаха, с чем он связан, чтобы не повторять в дальнейшем. Я бы ещё добавил: должен быть вдумчивый разбор, вот это будет правильным. Того требуют и этические нормы. Да и образованный врач – сам себе судья.

– Сейчас много говорят о проекте «открытая реанимация». Думаю, что больница не осталась в стороне и вы тоже продвигаете его в жизнь?

– Несколько лет назад в Первой градской заместителем главного врача по анестезиологии и реанимации работал Дмитрий Проценко, сейчас он главный врач больницы им. С.С.Юдина и главный анестезиолог-реаниматолог Департамента здравоохранения Москвы. Вот он много сделал для пропаганды открытой реанимации. К больным пускали посетителей, и это даже в какой-то мере способствовало созданию атмосферы доверия к лечащему персоналу. Конечно, посещение не должно мешать лечебному процессу. Поэтому приходится ограничивать встречи с родственниками временными рамками. Но это всё равно лучше, чем быть постоянно закрытыми от посторонних глаз.

– Завершая разговор, не могу не спросить, почему избрали медицину? Что окончили, где работали? Какими принципами руководствуетесь в общении с коллегами? И что делать, чтобы быть здоровым?

– Окончил известный Первый Мед и много лет проработал там. Защитился, стал кандидатом, потом доктором медицинских наук. Работал врачом в кардиореанимации, где «отслужил» 20 лет. А потом главный врач Первой Градской А.Свет пригласил к себе заместителем. Коллеги стараются дать свободу и как можно меньше руководить ими. Приятнее участвовать как врачу там, где что-то происходит. Это признание со стороны коллег, когда тебя зовут, с тобой советуются. Стараюсь быть по жизни позитивным человеком. Для меня пример – мой учитель Абрам Сыркин, который до сих пор продолжает активно работать на профессиональной ниве. Это и называется творческим долголетием. А как сохранить здоровье на долгие годы, рецептов много, каждый избирает для себя свой образ жизни. Никто, наверное, не перебежит дорогу перед близко идущим автомобилем. Не курю, хотя и курил когда-то. Большинство курящих осознаёт, что курение вредно, но не бросает, потому что считает, что их эта кара минует. Что касается мудрого совета, могу повторить известную истину: жизнь даётся человеку один раз, и прожить её надо достойно. Я очень дорожу теми, с кем учился, работал многие годы, кто передал мне бесценный профессиональный опыт. Его я обязан передать другим и быть всегда востребованным.

Беседу вел
Галина ПАПЫРИНА,
корр. «МГ».

Авторитетное мнение

Без громких слов

В Первой Градской пациенты получают достойную помощь



Обход в отделении кардиореанимации

с медицинскими институтами? Как используется профессиональный и клинический потенциал больницы?

– Наша больница традиционно сотрудничает со многими медицинскими исследовательскими институтами и специальными лечебными учреждениями. Давняя связь существует с Российским национальным исследовательским медицинским университетом им. Н.И.Пирогова. В Первой Градской – «место дислокации» многих кафедр: терапии, хирургии, акушерства и гинекологии, неврологии, травматологии и ортопедии, анестезиологии и реаниматологии и ряда других. Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова – тоже наш партнёр по научной работе. Кстати, многие из нас – выпускники этого вуза, в том числе и я, и главный врач Алексей Свет. Наши специалисты по эндососудистой диагностике и лечению находятся в тесном контакте с Российской медицинской академией непрерывного профессионального образования. Мы открыты для совместных исследований, проводим научно-практические конференции, приглашаем на них коллег. В аудиториях работают студенческие научные кружки, так как важно приобщение к научно-исследовательской работе со студенческой скамьи. А кто хочет глубже окунуться в работу больницы, приветствуем и дежурства в отделениях под руководством опытных специалистов. Ординаторов стараемся активно вовлекать в лечебный процесс. Кто хочет получить практические навыки, для тех у нас есть все условия.

проведении сложных операций, обходах больных, консультациях, консилиумах. Также вовлечены в лечебную деятельность и сотрудники кафедры неврологии.

В какой-то степени это единый организм. И такая работа выливается в написание статей, монографий. Так, можно назвать совместный труд – общенаучное руководство по интенсивной терапии, монографию по острому коронарному синдрому, по ТЭЛА, по неотложной кардиологии и целый ряд других.

– Судя по отзывам, Первая Градская занимает одну из лидирующих позиций среди лечебных учреждений Москвы. Иначе быть не может – самое лучшее современное оборудование в отделениях, высококвалифицированные врачи, которые умеют лечить, учить молодых специалистов и искренне сострадают больным. Это наша российская школа или многие они почерпнули в зарубежных клиниках, куда выезжают на научные конференции, симпозиумы?

– Тем, кто работает в нашей больнице, досталось хорошее наследство. За 216 лет действительно создан прочный фундамент, на котором и основывается медицинская помощь. А задача нынешнего поколения – укреплять его и приумножать достижения, бережно относиться к тому, что перешло в наши руки, расширять возможности оказания высокотехнологичной медицинской помощи. Мы ведём свою историю от Голицынской больницы для бедных. А отсюда кредо – помогать всем, кто нуждается в помощи, не отказываться от самых тяжёлых пациентов.

вступить в строй урологический. Надеемся, что когда-нибудь дойдёт очередь до знаменитого здания, на котором написано «Первая Градская» – творение знаменитого Осипа Бове. Оно требует бережного отношения, реставрации, а значит, немалых финансовых средств.

– В составе Первой Градской и роддом № 25, который недавно отметил свои 60-летие. Как говорит статистика, с момента открытия в детском учреждении появилось на свет около 350 тыс. детей. Быть в составе многопрофильной больницы – это хорошо?

– Безусловно. Есть возможность более тяжёлых рожениц перевести в профильное отделение и сделать всё возможное для восстановления здоровья. Наши диагностические и лечебные методы позволяют это сделать. Все палаты оборудованы для совместного пребывания мам и малышей. Поощряется грудное вскармливание. К этому добавлю, что наш роддом первым в столице удостоился звания больницы, доброжелательной к ребёнку.

– Как и у главного врача, у вас тяжёлая ноша заместителя по терапии. Хватает суток для решения всех вопросов лечебного процесса? Чтобы остаться в лидерах, на что будут делать ставку медики «Первой»?

– Ноша, которую несу уже 5 лет, не только не тяжёлая, но и отчасти приятная. Мы сейчас работаем в команде, в которой нет противоречий в подходах к лечению. В какой-то период пришлось, конечно, преодолеть некую разрозненность. Но теперь этого нет, а есть понимание, что делаем одно дело, идём одной дорогой.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 1 (2167)

(Окончание.)

Начало в № 42 от 24.10.2018.)

1. Изучение экскреции креатинина

Расчёт тощей массы тела (ТМТ) выполняют, используя показатели экскреции креатинина как критерия основного её компонента – мышечной массы:

$TMT (кг) = 7,138 + 0,02908 \times \text{концентрация креатинина в моче (мг/24 ч)}$

2. Соотношение пластических и энергетических ресурсов можно описать через две основные составляющие: так называемую обезжиренную или тощую массу тела, которая включает в себя мышечный, костный и другие компоненты и является в первую очередь показателем белкового обмена, и жировую ткань, косвенно отражающую обмен энергетический.

$MT = TMT + \text{жировой компонент}$

Таким образом, для оценки состава тела достаточно рассчитать одну из этих величин. Нормальным содержанием жира в организме считается для мужчин 15-25%, для женщин – 18-30% от общей массы тела, хотя эти показатели могут варьироваться. Скелетная мускулатура в среднем составляет 30% от ТМТ, масса висцеральных органов – 20%, костная ткань – 7%.

Приложение 4

Значение соматических признаков в оценке энергетического баланса организма

В процессе жизнедеятельности имеют значение характер физической активности, а также питание, адекватное по пищевой и энергетической ценности. При усиленной физической нагрузке нарастает мышечная масса и теряется избыточный жир, а бездействие вызывает увеличения запасов жира и уменьшение безжировой («обезжиренная») массы тела. Также запасы жировой ткани увеличиваются при избыточном питании и теряются при развитии недостаточности. Поскольку жировое депо является энергетическим материалом, прижизненное определение его количества в организме представляет не только теоретический, но и практический интерес.

Как известно, энерготраты, измеряемые прямыми (метод прямой калориметрии, метод двойной метки воды) или косвенными методиками (метод непрямой калориметрии, расчётные методы оценки), являются суммарным выражением нескольких слагаемых величин: базального энергетического метаболизма (BMR, величина основного обмена, далее *ВОО или энерготрат покоя, далее *ЭТП), термического влияния пищи (*пищевой термогенез или специфическим динамическим действием, далее СДД, по А.Уголеву, 1986), расхода энергии в результате мышечной деятельности и факультативного термогенеза (необязательный, несистематический). Все энерготраты человека выражаются в количестве калорий на один килограмм массы тела в час (ккал/кг/час) или в общем количестве затраченной энергии за сутки для индивидуума (далее СЭТ, ккал/сут).

В алгоритме оценки величины ЭТП можно производить расчётным методом по уравнениям, предложенным авторами И.Харрис и Ф.Бенедикт (I.Harris, F.Benedict, 1918), В.Скофилд (W.Schofield, 1985) и ФАО/ВОЗ (1985):

1. Уравнения Harris – Benedict основываются на зависимости ВОО от возраста, длины и массы тела с учётом пола (ккал/день):
для мужчин: $ЭТП (ккал) = 66,47 + (13,75 \times MT) + (5,00 \times DT) - (6,77 \times B)$;

$ЭТП (кДж) = 278 + (57,5 \times MT) + (20,92 \times DT) - (28,37 \times B)$;

для женщин: $ЭТП = 655,1 + (9,56 \times MT) + (1,85 \times DT) - (4,67 \times B)$;

$ЭТП (кДж) = 2741 + (40,0 \times MT) + (7,74 \times DT) - (19,68 \times B)$, где MT – масса тела, кг; DT – длина тела, рост, см; B – возраст, лет. Уравнение может использоваться у мужчин с 10-летнего возраста и у женщин с любого возраста.

2. В настоящее время ВОЗ предлагает рассчитывать калорийность суточного

– 1,2; для пациентов с избыточной массой тела и ожирением – 1,0; незначительная активность: лёгкие упражнения, спортивные занятия до 3 дней в неделю – 1,375; для пациентов с ожирением – 1,3; средняя активность: умеренная физическая нагрузка, спортивные занятия до 5 дней в неделю – 1,55, для пациентов с ожирением – 1,5; высокая активность: интенсивные упражнения, спортивные занятия 6-7 дней в неделю – 1,725; экстремальная активность: интенсивные ежедневные физические упражнения, спортивные занятия 2 раза в день, марафон, конкурсы и т.д. – 1,9; необходимо отметить, что результаты подсчёта, составившие ниже 1200 ккал для женщин и 1500 ккал для мужчин, могут привести к негативным последствиям, обусловленным снижением метаболизма («режим голодания») как естественной реакцией на слишком низкий уровень калорийности рациона.

гидратация тканей, структура рациона и количество принимаемой пищи и свободной жидкости, температурное воздействие на кожные покровы, а также физические нагрузки, влияющие на изменение количества воды в течение суток. Более того, некоторые факторы могут влиять на изменение содержания жира. Например, если измерять ЖМТ после проведения водных процедур (купание, душ) или физических упражнений, то процент жира может определяться на более низком уровне, чем в утренние часы после сна или обеда. Также процентное содержание жира может колебаться у женщин в период менструального цикла, а также при заболеваниях, сопровождающихся дегидратацией организма (поносы, рвота). Поэтому, чтобы получить достоверные показатели, важными являются условия исследования, положение тела и состояние организма, в котором проводится биоимпедансометрия.

Применение диетического и функционального питания в реабилитационных и профилактических программах у пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями в санаторно-курортных учреждениях

Оценка степени развития ожирения и дефицита массы тела по ИМТ с учётом характеристики риска развития сопутствующих заболеваний и осложнений

ИМТ, кг/м ²	Классификация	Риск развития сопутствующих заболеваний
40 >	Ожирение III степени Obesitas III	Резко повышенный
35,0-39,9	Ожирение II степени Obesitas II	Значительно повышенный
30,0-34,9	Ожирение I степени Obesitas I	Повышенный
25,0-29,9	Избыточная масса тела Superalimentatio	Умеренно повышенный
18,5-24,9	Нормальная масса тела	Низкий
18,4-16,9	Недоедание Subalimentatio, -ionis	Умеренно повышенный
17,0-15,9	Гипотрофия I степени Hypotrophia I	Повышенный
16,0-14,9	Гипотрофия II степени Hypotrophia II	Значительно повышенный
15 >	Гипотрофия III степени Hypotrophia III	Резко повышенный

рациона для каждого пациента индивидуально с учётом пола, возраста и уровня физической активности по следующим формулам:

женщины 18-30 лет: $(0,0621 \times MT (в кг) + 2,0357) \times 240 \times KFA$;

мужчины 18-30 лет: $(0,0630 \times MT (в кг) + 2,8957) \times 240 \times KFA$;

женщины 31-60 лет: $(0,0342 \times MT (в кг) + 3,5377) \times 240 \times KFA$;

мужчины 31-60 лет: $(0,0484 \times MT (в кг) + 3,6534) \times 240 \times KFA$;

женщины старше 60 лет: $(0,0377 \times MT (в кг) + 2,7545) \times 240 \times KFA$;

мужчины старше 60 лет: $(0,0491 \times MT (в кг) + 2,4587) \times 240 \times KFA$.

Для определения СЭТ используют коэффициенты, учитывающие физическую активность человека (КФА) и пищевой термогенез 10%. При низкой активности: сидячий образ жизни, работа за письменным столом, домашняя нетяжёлая работа

Методика и правила проведения биоимпедансного анализа состава тела

Биоимпедансный анализ состава тела

(англ. Bioelectrical impedance analysis body composition) – это диагностический метод, позволяющий на основе данных антропометрии и измерений электрического сопротивления тела (импеданс, биоимпедансометрия, англ. bioimpedance measurements) человека получить абсолютные и относительные значения параметров состава тела, а также оценить взаимосвязь с уровнем метаболизма организма при сравнении с интервалами нормальных значений.

Биоимпедансометрия (син. импедансометрия) является в первую очередь неинвазивным способом оценки водного баланса организма у здоровых субъектов, а также и при некоторых хронических заболеваниях. Необходимо учитывать, что на распределение жидкости в организме влияют различные факторы: положение тела,

Проводить исследование рекомендовано при температуре окружающей среды 22-25°C не ранее чем через 2,5-3 часа после приёма пищи и воды. Как правило, наименьшие колебания массы тела и уровня жидкости приходится на период между 18 и 20 часами (то есть через 3 часа после обеда (с 14 до 15 часов), но перед ужином). Поэтому этот промежуток времени суток является наиболее благоприятным для проведения импедансометрии. Верхние и нижние конечности должны быть освобождены от металлических предметов (часы, браслеты, цепочки и т.п.). Также металлические предметы в области шеи пациента либо сдвигаются к подбородку, либо удаляются.

Кшетку для размещения обследуемого устанавливают так, чтобы электродный кабель прибора без натяжения дотягивался до мест наложения электродов в области голеностопа и запястья, а расстояние между боковой частью кушетки и окружающими предметами составляло не менее 10 см. Перед исследованием контактируемые с электродами поверхности кожи следует обезжирить (протереть медицинским этиловым спиртом).

Во время проведения измерений обследуемый находится в положении лёжа на спине и в состоянии физического покоя, правой стороной тела к импедансному анализатору. Руки должны располагаться вдоль туловища с отведением в сторону. Ноги раздвинуты и не контактируют друг с другом, а также не соприкасаются с металлическими частями кровати. У тучных пациентов особое внимание следует обеспечить отсутствию контакта между внутренними поверхностями бёдер до паха и между внутренними поверхностями рук и торсом до подмышечных впадин.

Зажимы электродного кабеля крепятся к свободным от проводящего геля концам электродов: красного цвета – расположенные дистально на конечности, чёрного цвета – проксимально. Дистальные электроды необходимы для пропускания зондирующего тока, проксимальные – для измерений полного электрического сопротивления (импеданс).

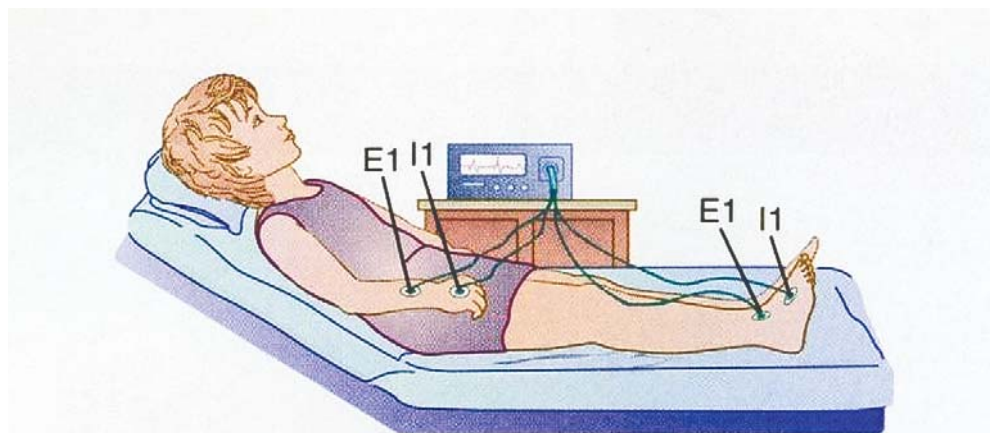


Рис. 5. Положение тела человека, прибора и электродов при проведении биоимпедансометрии



Рис. 6. Расположение биоадгезивных электродов на верхних и нижних конечностях с учётом антропометрических ориентиров

**Нормы (рекомендации) питания
Среднесуточная потребность взрослого человека (мужчина 70 кг)
в основных пищевых веществах и энергии**

Пищевые вещества	Потребность
Белок, г	70-80
– животный	40-45 (55%)
– растительный	30-35 (45%)
Углеводы, г	350-400
– крахмал	300-500 (75-80%)
Простые сахара	50-60 (15-20%)
Жиры, г	80-90
– растительные	25 (30%)
– животные	65-70 (70%)
– холестерин, мг	300-400
– фосфолипиды, мг	2-4
– линолевая кислота, мг	12-15
Пищевые волокна, г	25-30
Органические кислоты, г	2
Вода, мл	1800-2200
– свободная	1300-1500
– в продуктах	700
Энергетическая ценность, ккал	2500-2600
Основной обмен	1700
Физическая	

Измерение выполняется в течение 2-4 секунд и считается завершённым, если значения величин активного и реактивного сопротивлений меняются только в последней значащей цифре. Если это условие не достигается, то необходимо проверить крепление электродов на коже пациента или предупредить его о необходимости

сохранения неподвижного положения во время измерительной процедуры.

Биоимпедансный анализ состава тела позволяет в клинической практике с успехом заменять более дорогостоящие и сопряжённые с лучевой нагрузкой исследования (рентген, компьютерная томография, денситометрия).

Приложение 5

В настоящее время в справочниках по питанию мы можем встретить так называемые нормы или рекомендации, определяющие суточную или физиологическую потребность в пищевых веществах и энергии.

Прежде всего они представляют собой всего лишь рекомендации, на которые следует ориентироваться врачу или нутрициологу для реального расчёта пищевой потребности конкретного человека с учётом его пола, возраста, уровня физической активности, состояния здоровья, климатических условий и некоторых других факторов.

То есть «норма» является ориентиром при расчётах реального питания. Кроме того, потребность в питании должна учитывать и индивидуальные особенности обмена веществ и уровня основного обмена, который определяет энерготраты организма в покое.

Определение потребности пациента в энергии, макро- и микронутриентах

Общее количество потребной энергии рассчитывается по формуле:

$E_{\text{пищ.}} = E_{\text{осн. об.}} + E_{\text{физ. нагр.}} + E_{\text{сдлп.}} + E_{\text{терм.}}$ где $E_{\text{пищ.}}$ – энергия, поступающая в организм из пищи (суточная калорийность питания); $E_{\text{осн. об.}}$ – энергия, которую организм расходует на основной обмен; $E_{\text{физ. нагр.}}$ – энергия, затрачиваемая на физическую активность; $E_{\text{сдлп.}}$ – специфическое динамическое действие пищи, затраты энергии на переваривание, всасывание, транспорт и ассимиляцию нутриентов на уровне клетки; $E_{\text{терм.}}$ – термогенез, получение тепла для поддержания термостабильности в условиях меняющейся температуры окружающей среды.

Также общую потребность в энергии можно производить экспериментальным путём с использованием метода непрямой калориметрии, что позволит более точно определить потребность в энергии для определённого спортсмена.

Определение потребности в макронутриентах.

Формула сбалансированного питания для обычного человека выглядит так: на 1 г белка должно приходиться от 0,8 до 1 г жиров и 4 г углеводов, или 11-12% от общей калорийности суточного рациона составляют белки, 30% – жиры, и 59-60% – углеводы. Зная суточные энерготраты ($E_{\text{сут}}$) и энергетический вклад каждого из макронутриентов, вытекающий из формулы сбалансированного питания для данного вида спорта, можно рассчитать энергетические доли белков ($E_{\text{б}}$), жиров ($E_{\text{ж}}$) и углеводов ($E_{\text{у}}$) в рационе. Формулы подобного расчёта будут выглядеть так:

$E_{\text{б}} = E_{\text{сут}} \times D_{\text{б}} / 100$; $E_{\text{ж}} = E_{\text{сут}} \times D_{\text{ж}} / 100$; $E_{\text{у}} = E_{\text{сут}} \times D_{\text{у}} / 100$, где $E_{\text{б}}$, $E_{\text{ж}}$, $E_{\text{у}}$ – энергетические доли белков, жиров и углеводов в рационе; $E_{\text{сут}}$ – суточные энерготраты; $D_{\text{б}}$, $D_{\text{ж}}$, $D_{\text{у}}$ – доля макронутриента в рационе питания, процент от суточной калорийности. Затем, используя энергетические коэффициенты (при окислении 1 г белков образуются 4 ккал энергии, 1 г жиров – 9 ккал, 1 г углеводов – 4 ккал), можно вычислить содержание основных пищевых веществ по массе в суточном рационе питания.

Формулы подобного расчёта: $M_{\text{б}} = E_{\text{б}} / E_{\text{кб}}$; $M_{\text{ж}} = E_{\text{ж}} / E_{\text{кж}}$; $M_{\text{у}} = E_{\text{у}} / E_{\text{ку}}$, где $M_{\text{б}}$, $M_{\text{ж}}$, $M_{\text{у}}$ – содержание основных пищевых веществ по массе в суточном рационе питания; $E_{\text{кб}}$, $E_{\text{кж}}$, $E_{\text{ку}}$ – количество энергии, получаемое при окислении 1 г макронутриента.

Определение потребности в микронутриентах для различных категорий россиян рассчитывается при помощи соответствующих таблиц.

**Под редакцией профессора
кафедры физической терапии,
спортивной медицины
и медицинской реабилитации,
доктора медицинских наук
Марины ГЕРАСИМЕНКО.**

**Российская медицинская
академия непрерывного
профессионального образования.**

Исследования

Незаменимая помощь для хирурга

Мультисрезовая компьютерная томография в планировании ринопластики

Наружный нос объединяет в себе функциональную и эстетическую составляющие – это важное звено дыхательной системы, центральная структура средней зоны челюстно-лицевой области, обеспечивающая привлекательность лица. Ринопластика является одной из самых сложных процедур в пластической хирургии, где хирург должен изменить форму носа, занимаясь не только эстетикой, но и функцией носовых структур.

По данным Международного общества эстетической пластической хирургии (International Society of Aesthetic Plastic Surgery), в 2017 г. ринопластика заняла четвёртое место по количеству выполненных хирургических вмешательств (877 254 процедуры) после липосакции, маммопластики, блефаропластики. Это составило 8,1% от всех пластических операций в мире, а в Бразилии, являющейся лидером по проведённым ринопластикам в 2016-2017 г., процент выполненных процедур превышал это значение и составил 8,5-9,4%. Рост популярности выполнения ринопластики по сравнению с 2016 г. достиг 11% как в общем количестве операций, так и в среднем на каждого хирурга (в 2016 г. – на 8%). При этом количество пластических операций, проведённых в области головы и шеи, тоже увеличилось на 2%. Среди мужчин подобное вмешательство стало одной из самых популярных в структуре хирургических процедур (25,4% от всех операций, выполненных пациентам мужского пола) наравне с маммопластикой по поводу гинекомастии (в количественном соотношении) и отопластики, операциями на костях челюстно-лицевой области (в процентном соотношении). Наиболее часто ринопластика выполняется пациентам в возрасте 19-34 лет (62,7%), 35-50 лет (23,5%), то есть у лиц активного, трудоспособного возраста, что делает эту проблему социально значимой.

Среди всех пластических хирургов ринопластикой в мире занимаются 78%, что на 3% меньше по сравнению с предыдущим годом. В Таиланде, Иране, Греции, Арген-

тине, Мексике и Колумбии этот показатель составляет практически 100%.

По сравнению с другими пластическими операциями ринопластика имеет сравнительно низкий уровень удовлетворённости результатами из-за сложности строения носа, трудностей выполнения, нереалистичных ожиданий пациента, функциональных осложнений или нерешённых проблем. Чтобы избежать подобных исходов, необходимо заниматься не только усовершенствованием формы носа, но и состоянием околоносовых пазух и полости носа, что обуславливает важность проведения дооперационного обследования с использованием методов объективной визуализации – мультисрезовой компьютерной томографии (МСКТ).

Нами было проведено ретро- и проспективное исследование 2737 пациентов в возрасте 18-55 лет, которым выполнялась МСКТ челюстно-лицевой области по поводу воспалительных заболеваний, нарушения окклюзии, патологии височно-нижнечелюстных суставов, а также с целью планирования эстетических оперативных вмешательств, в том числе ринопластики. Анализ данных производился на мультипланарных и 3D-реконструкциях в различных режимах визуализации, что позволяет оценивать конфигурацию наружного носа в целом, костную пирамиду, толщину мягких тканей, воздухоносные пути с определением их диаметра кривизны по запатентованному способу для классификации имеющейся деформации.

В исследование были включены как пациенты с эстетическими деформациями, так и с типичными этническими конфигурациями: среднеевропейской, балканско-кавказской, монголоидной. МСКТ с постпроцессинговой обработкой изображений при планировании ринопластики даёт возможность изучить морфологическую основу деформации, в том числе вариантную анатомию костной пирамиды носа. Было доказано, что каждому виду конфигураций соответствуют типичные варианты носовых костей и грушевидного отверстия. Необходимо отметить возможность выполнения необходимых антропометрических

измерений, что объективизирует выявление деформаций с изменением длины и ширины носа.

Помимо этого, был произведён анализ структур полости носа (носовая перегородка, раковины, слизистая оболочка) и околоносовых пазух, для которых МСКТ является общепризнанным методом выбора. Выявленные изменения значительно влияют на клиническую тактику: при наличии девиации и деформации носовой перегородки возможно расширение объёма операции до риносептопластики, при гипертрофии носовых раковин – выполнение конхотомии. Продемонстрировано значительное распространение воспалительных заболеваний околоносовых пазух и зубочелюстной системы с наличием очагов хронического воспаления, что является противопоказанием для планового хирургического вмешательства.

Таким образом, при выполнении МСКТ на дооперационном этапе при планировании ринопластики одновременно решаются задачи: изучение морфологической основы деформации, в том числе вариантной анатомии костной пирамиды носа; исследование патологии внутри- и околоносовых структур. Грамотная предоперационная оценка всех носовых структур с помощью МСКТ позволит снизить количество послеоперационных осложнений и повысить уровень удовлетворённости результатами.

**Маргарита ДУТОВА,
ассистент кафедры лучевой диагностики
Московского государственного медико-
стоматологического университета
им. А.И.Евдокимова.**

**Дмитрий ЛЕЖНЕВ,
заведующий кафедрой лучевой диагностики
Московского государственного медико-
стоматологического университета
им. А.И.Евдокимова.**

**Дмитрий ДАВЫДОВ,
заведующий кафедрой реконструктивно-
пластической хирургии с курсом
офтальмологии Российского университета
дружбы народов.**

Эксперименты

Нанопружины из кобальта и железа впервые получили учёные Дальневосточного федерального университета в Приморском крае и Университета Корё (Республика Корея). Благодаря сочетанию магнитных свойств и способности сохранять упругость их можно использовать для создания нанороботов, наносенсоров, новых видов памяти и агентов для адресной доставки лекарств, в том числе для противораковой терапии.

Необычные нанопружины

Как сообщили учёные, нанопружины – это необычные объекты, открытые несколько лет назад, и их магнитные свойства прежде специально не изучали. Одна из причин – сложность получения таких маленьких структур: образцы нанопружин имеют провода диаметром около 50 нанометров, что соответствует цепочке всего из 200 атомов.

– В ходе экспериментов впервые получены нанопружины из кобальта и железа и детально исследованы их магнитные свойства, – рассказывает доцент кафедры компьютерных систем Школы естественных наук ДВФУ Александр Самардак.

Нанопружины обладают хорошими физическими свойствами, отмечают приморские учёные. Это делает их перспективными для новых видов устройств хранения данных, наноэлектромеханических систем и биомедицинского использования.

– Такие материалы могут использоваться для создания нанодвижителей, систем экспресс-тестирования белковых молекул, капсул для переноса молекулярных соединений и многих других полезных устройств, – пояснил заведующий лабораторией плёночных технологий кафедры физики низкоразмерных структур Школы естественных наук университета Алексей Огнев.

Работы были выполнены в рамках приоритетного научного проекта ДВФУ «Материалы» на базе лаборатории плёночных технологий в сотрудничестве с коллегами из Университета Корё.

Приоритетный научный проект «Материалы» ДВФУ объединяет талантливых молодых физиков, химиков, биологов и материаловедов. Ими уже разработан новый тип оптической керамики для наземной и космической оптической связи, первый в мире тугоплавкий материал с рекордной температурой плавления и ряд других перспективных проектов.

Николай ИГНАТОВ.

Владивосток.

Недавно на базе АО «Медицина» (клиника академика Ройтберга) состоялось заседание дискуссионного клуба Skolkovo Medical Club.

В дискуссии о проблемах и путях развития непрерывного медицинского образования приняли участие доцент кафедры терапии и семейной медицины Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова кандидат медицинских наук Ольга Шархун, проректор по образованию Национального исследовательского технологического университета МИСиС Тимоти Эдвард О'Коннор, проректор по послевузовскому и дополнительному образованию РНИМУ им. Н.И.Пирогова Ольга Природова, руководитель Центра компетенций Siemens Healthineers Михаил Бионьшев, директор

центра развития здравоохранения Московской школы управления «Сколково» Юрий Крестинский.

«Сейчас знания, полученные в институте, уже через 10 лет устаревают. Поэтому необходимо постоянное повышение квалификации докторов, знакомство с новыми разработками и медицинскими технологиями», — отметил в приветственном слове к участникам заведующий кафедрой терапии и семейной медицины РНИМУ им. Н.И.Пирогова, президент АО «Медицина», академик РАН, заслуженный врач РФ Григорий Ройтберг.

Мы попросили Г.Ройтберга поделиться своими взглядами на сущность и возможности непрерывного обучения медиков, в частности врачей общей практики. Ведь это — одно из направлений работы руководимой им кафедры терапии и семейной медицины РНИМУ им. Н.И.Пирогова.

практики? Есть ли смысл приглашать, например, онколога, который будет рассказывать о современных достижениях и высоких технологиях?

— Мы с профессором неотложной помощи и семейной медицины, руководителем центра экстренной медицинской помощи и обучения Университета штата Айова (США) Марком Граббером выпускаем сейчас новую книгу о семейной медицине (к слову, это будет первый случай общего издания на двух языках), в которой подчёркиваем: однозначно всё преподавание должны вести врачи общей прак-

тичности направляет пациента к узким специалистам.

А после того как пролеченный пациент к врачу общей практики возвращается, тот должен непременно знать основы побочных действий полученной пациентом терапии.

Главное, осознавать, где грань компетенций. Здесь существуют две крайности — либо доктор всего боится и всех направляет к узким специалистам, либо считает: «я бог, я всё знаю, всё умею». Истина, как всегда, посередине.

— Мне очень понравилась фраза: чем меньше человек знает, тем слабее у него стремление к учёбе. Как же мотивировать таких людей к непрерывному образованию?

— Вот это — самое сложное! Как оказалось, материальные стимулы перестали играть роль, особенно в Москве. Если взять западный опыт, то там всё просто: ты можешь не развиваться и работать спустя рукава, но вскоре будешь переведён в санитары или вообще окажешься на улице. Либо постоянно совершенствоваться, быть востребованным и жить достойно. Мне кажется, только так возможно мотивировать: возможностью потерять место и профессию.

Уповать на то, что человеку «должно быть интересно», не приходится. Согласно мировым исследованиям, тех, которые работают, потому что им интересно, — только 5% в лучшем случае. Я думаю, что у нас близкие к этому цифры. Я думаю, что ничего другого, как сочетание в какой-то мере кнута и пряника, не существует.

— Тогда — про пряник...

— Из тех 800 человек, которые у нас на кафедре прошли обучение, примерно 50 — просто горят. И мы для них пытаемся создавать особую среду. При этом, как я говорил, мы 40% поставили «неуд», будут пересдавать. Честно: я бы и большее число «отсекал»...

И можно сказать либо: «смотри, я тебе поставлю неуд», либо: «я буду рекомендовать тебя войти в «золотую сотню» врачей общей практики». Её мэр города обещает поддерживать, помогать в дальнейшем развитии, включая зарубежные стажировки, трудоустройство в лучшие московские клиники.

Так что у наших слушателей есть выбор...

Беседу вела
Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Москва.

— Григорий Ефимович, когда, на ваш взгляд, должно начинаться непрерывное обучение медика? Есть мнение, что ещё в старших классах школы, в рамках профориентационной работы. Вы с этим согласны?

— Я не считаю, что детей старших классов нужно обучать медицине. Чтобы быть врачом, знающим и умеющим, нужно не только очень много учиться, но и уметь сопереживать (а эмпатия — это генетическая функция; либо она есть, либо нет) и при этом быть широко образованным человеком. Нет ассоциативного мышления, нет интуиции — это не врач. Не думаю, что такие свойства можно определить в подростковом возрасте.

А вот выбирать тех, кто потенциально может стать врачом, было бы неплохо. Но они сами должны проявлять заинтересованность. Показывать клиники — это не значит обучать. Пусть рассмотрят разные вузы. А мы покажем, что такое медицина, с её плюсами и её страстями. Если старшеклассник после этого определится с профессией, можно только приветствовать.

— Насколько оправдана такая форма обучения, как очно-заочная? Считается, что заочно медика не научишь. К тому же при дистанционном обучении теряется возможность что-то уточнить, задать вопрос.

— Смотря что вкладывать в понятие «дистанционное обучение». Конечно, практические занятия, как говорится, у кровати больного, ничем заменить нельзя. Но ведь у нас половина времени в учебном процессе — это лекции. Зачем врачу лично присутствовать на них, когда есть вебинары? Зачем приез-

Наше интервью

Получить «неуд» или войти в «золотую сотню»?

Каждый делает свой выбор

жать в Москву или куда-либо ещё?

Кроме того, это великолепная система контроля. Ведь по итогам такого обучения врачам предлагают онлайн ответить на вопросы; на это даётся определённое время. Ответил — получил зачёт. Или не получил. У нас на кафедре, кстати, 40% не получают зачёт с первого раза, сдают ещё раз, а порой и ещё раз.

— В чём состоит отличие в обучении врачей, работающих в Москве, в больших городах и в районных больницах?

— Можно получать знания, даже живя в небольшом населённом пункте и работая в районной больнице, когда владеешь компьютером. Вебинары сегодня стоят недорого, а если ещё и английским владеть — тогда доступны все публикации, все мировые новости. Так сглаживается разница по возможностям.

— Однако, мне кажется, у всех категорий медиков подготовка разная, поэтому их обучать надо по-разному.

— У них и задачи разные — если говорить о врачах общей практики. По идее, врач общей практики

должен уметь, например, наложить гипсовую повязку. Мы посчитали: сколько в течение года московский врач будет это делать? Максимум 2 раза, исходя из количества переломов на участок в 1,5 тыс. человек. Какой смысл его этому обучать? И как он сможет профессионально поддерживать этот навык? Тем более что существует сеть травмпунктов, где есть специально обученные люди, рентген, компьютерный томограф и т.п.

То же касается и необходимости делать плевральную пункцию и много ещё чего. В Москве врач общей практики сколько-то часов должен провести на приёме родов. Трудно представить, что ему это понадобится на практике.

Поэтому программа, которую мы делаем для столичного Департамента здравоохранения принципиально отличается от той, которая должна разрабатываться для врачей общей практики в отдалённых населённых пунктах. Вот там бывают самые непредсказуемые ситуации, и врач должен уметь действительно всё.

— Какие специалисты должны преподавать врачам общей

практики. Потому что, как вы правильно заметили, если придёт читать лекцию узкий специалист, например офтальмолог, он может увлечённо рассказывать, как он пересаживает роговицу. Но этих подробностей врачу общей практики знать не надо. Достаточно сведений, что роговицу пересаживают и где.

Что же касается онкологии, то мы подготовили специальную методичку по онкологической настроженности, которая была, в частности, высоко оценена министром здравоохранения РФ Вероники Игоревны Скорковой.

Итак, врач общей практики должен знать первые признаки, позволяющие заподозрить онкологию, что именно нужно обследовать в данном случае и можно ли включить это в диспансеризацию, наличие наследственной предрасположенности. При малейших сомнениях нужно направлять пациентов на колоноскопию, маммографию или УЗИ.

То есть врач общей практики может поставить предварительный диагноз. И на этом — всё. Затем первичный диагноз ставит терапевт, который уже при необ-

Санитарная зона

Оперативно выявлять эпидемиологические угрозы и предупредить эпидемии помогут нашим соседям Киргизии и Монголии две мобильные микробиологические лаборатории диагностики российского производства, переданные в канун нового года эпидемиологам этих стран Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор).

Такая лаборатория на колёсах не имеет мировых аналогов по уровню биологической безопасности и производительности. Комплекс на автошасси предназначен для автономного проведения лабораторных исследований проб из объектов окружающей среды и клинического материала методами экспресс- и ускоренной диагностики. Прежде всего в очагах инфекционных заболеваний в отдалённых и труднодоступных районах, а также в зонах чрезвычайных ситуаций.

Для Республиканского центра карантинных и особо опасных инфекций Минздрава Киргизии — это уже третья по счёту помощница. Две её предшественницы второй год задействованы в выполнении научными организациями Роспотребнадзора совместно с коллегами из этой республики эпизодологического обследования её территории. С помощью современного оборудования в очагах инфекционных заболеваний специалисты автономно проводят лабораторные исследования проб

Против эпидемии — в любую точку планеты

Лаборатории на колёсах не имеют аналогов в мире

из объектов окружающей среды и клинического материала. Кроме того, одна из машин помогла обеспечить эпидемиологический надзор в местах проведения в сентябре 2018 г. III Всемирных игр кочевников.

В преддверии нового года аналогичную лабораторию на базе автошасси получил также в дар от Российской Федерации Национальный центр по изучению зоонозных инфекций Министерства здравоохранения Монголии. В 2017 г. эпидемиологам этой страны Роспотребнадзором уже было передано, кстати, оборудование для проведения лабораторной диагностики и молекулярно-генетического анализа возбудителя чумы и других особо опасных патогенов.

А осенью 2018 г. ключи от мобильных комплексов были переданы главой Роспотребнадзора Анной Поповой на XIV Межгосударственной научно-практической конференции «Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия в государствах-участниках СНГ» Республике Узбекистан и ряду других стран. На IV Восточном экономическом форуме во Владивостоке состоялась передача мобильной лаборатории на базе автомобиля «КАМАЗ» совместному Российско-Вьетнамскому Тропиче-



Ключи от мобильной микробиологической лаборатории вручены

скому научно-исследовательскому и технологическому центру.

Всё это делается в рамках осуществляемой с 2014 г. и поддерживаемой Правительством РФ программы по оказанию содействия странам Восточной Европы и Центральной Азии во внедрении и реализации Международных медико-санитарных правил (2005 г.). Цель — укрепление системы мониторинга и оперативного реагирования на чрезвычайные ситуации санитарно-эпидемиологического характера в странах евразийского

региона, снижение рисков завоза и распространения опасных инфекций из трансграничных природных очагов.

Для этого с 2016 г. Роспотребнадзором и его подведомственными организациями выполняются совместные научно-исследовательские работы со странами евразийского региона, работают курсы повышения квалификации для бактериологов, эпидемиологов и зоологов из Казахстана, Монголии, а также Армении и Киргизии. Кроме того, регулярно организуются тре-

нировочные учения по локализации и ликвидации завозных случаев опасных инфекций и совместные экспедиционные обследования очаговых территорий.

Недавно, в ноябре 2018 г., в Саратове состоялось совещание Глобальной сети по оповещению о вспышках болезней и ответным действиям, тема которого — работа мобильных лабораторий в рамках инициативы быстрого реагирования на эпидемии. Более 70 представителей из 23 стран, включая страны СНГ, Западной и Восточной Европы — специалисты в области эпидемиологии, микробиологии, вирусологии, лабораторной диагностики, а также эксперты особо опасных инфекций обсудили и выработали план действий по повышению потенциала использования таких комплексов на вспышки инфекционных болезней в Европейском регионе ВОЗ.

По результатам совещания в Саратове разработан план совместных действий по развитию сети мобильных лабораторий в рамках Глобальной сети по оповещению о вспышках болезней и ответным действиям в странах Европейского региона ВОЗ.

Иван ВЕТЛУГИН.
МИА Сито!

Эректильная дисфункция констатируется при наблюдаемой в течение 3 и более месяцев невозможности достичь или поддержать эрекцию, достаточную для осуществления полового акта. В Российской Федерации встречаемость заболевания составляет около 48,9%. В 7,2% наблюдений речь идёт о тяжёлых расстройствах эрекции, при которых невозможно вести половую жизнь.

У 5-10% всех больных эректильной дисфункцией тяжесть заболевания и/или его генез не позволяют восстановить собственную эрекцию с помощью медикаментозной терапии. В таких ситуациях, согласно общепринятой концепции, обозначенной в современных рекомендациях Американской урологической ассоциации и Европейской ассоциации урологии, показано протезирование полового члена. Указанная операция гарантированно позволяет восстановить сексуальную функциональность мужчины.

Примечательно, что сама идея внутреннего шинирования полового члена при эректильной дисфункции принадлежит русскому хирургу Николаю Богоразу. Первую подобную операцию наш соотечественник произвёл в Германии в 1936 г., используя в качестве трансплантата рёберный хрящ.

В настоящее время для фаллопротезирования применяются исключительно синтетические имплантаты двух типов: полужёсткие и гидравлические. При этом в развитых западных странах наибольшее число имплантаций (около 97%) осуществляется с применением именно гидравлических пенильных протезов, несмотря на их существенно более высокую стоимость. Объяснить подобную тенденцию возможно двумя причинами. Во-первых, в США и большинстве стран западной Европы функционирует очень развитая система страховой медицины, полностью покрывающая расходы на операцию. Во-вторых, ввиду довольно высокой информированности населения пациенты, идущие по необходимости на подобное вмешательство, знают, что только гидравлические имплантаты создают ощущения при половом акте, полностью идентичные естественным. Исследования доказали, что результатом означенного лечения удовлетворены до 97% мужчин и их партнёрш.

Разгадка столь высокой эффективности операции довольно проста. Эрекция, в сущности, гидравлический процесс. Артериальная кровь при сексуальном возбуждении с высокой скоростью нагнетается в пещеристые тела полового члена, ограниченные белочной оболочкой, и блокируется там с помощью специального механизма, запирающего отток во венам.

Гидравлические имплантаты, применяемые при фаллопротезировании, представляют собой замкнутую систему из чрезвычайно прочного синтетического материала. Она содержит 3 компонента. Первый и самый главный – это 2 полых цилиндра, которые внедряют в половой член вместо предварительно разрушенных специальным бужом пещеристых тел. Вторым компонентом пенильного имплантата – это резервуар, ёмкость которого около 100 мл. Специальная округлая или продолговатая форма позволяет резервуару занимать малый объём. Его обычно помещают во время операции в жировую ткань около мочевого пузыря (ретцивопространство) в полости таза. Именно в резервуаре хранится физиологический раствор при неактивированном имплантате в спокойном состоянии полового члена. Эта жидкость может быть быстро перемещена в рабочие цилиндры с помощью специальной помпы или третьего компонента фаллопротеза, который помещается под кожу мошонки для удобного управления всей системой. Как раз перекачивание физиологического раствора в половой член позволяет активировать имплантат и получить твёрдость и форму органа, совершенно не отличимую от естественной. Исходя из этого вполне понятно, что за процессом активации пенильного протеза стоит тот же гидравлический принцип, как и при обычной полноценной эрекции.

Для большего удобства в верхней части помпы расположена легко нащупываемая кнопка, позволяющая одним касанием запустить процесс эвакуации жидкости из рабочих цилиндров с быстрой деактивацией имплантата и приведением полового члена в спокойное состояние.

Многие пациенты опасаются, что кожный разрез может оставить грубый рубец, который будет вызывать вопросы у партнёрши. Но

татами был разработан 2 года назад в США профессором Робертом Валензуэллой. Его осуществляют в завенечной зоне (в 1 см от венечной борозды). Его следует применять у пациентов, имеющих эректильную дисфункцию и какие-либо выраженные деформации полового члена. С учётом полной доступности стволовой части органа через завенечный доступ удаётся одновременно произвести имплантацию

объём, чем в наполненном состоянии. Он заполняется только после внедрения всех компонентов и в завершении операции производится герметизация всей системы с помощью специальных коннекторов.

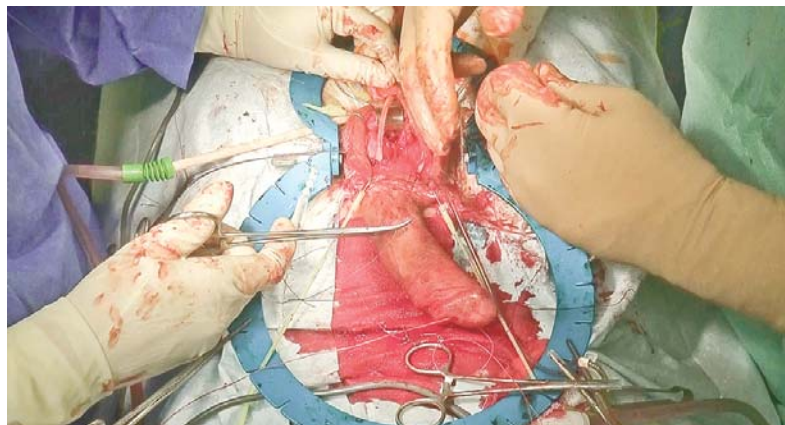
При гладком течении послеоперационного периода пациенты могут быть выписаны из клиники на 1-е или 2-е сутки после операции с выполнением несложных перевязок в домашних условиях. После

представлен двумя трудноизгибаемыми силиконовыми цилиндрами с усиливающей центральной частью, имеющей память формы. Последняя представлена либо серебряной проволокой, либо сегментированной структурой, сходной по строению с человеческим позвоночником. Указанные цилиндры имплантируют чаще всего через мошоночный доступ, предварительно разрушив специ-

В клиниках и лабораториях

Современные аспекты фаллопротезирования

Есть гарантия восстановления сексуальной активности мужчины



Имплантация трёхкомпонентного фаллопротеза через мошоночный доступ

это не так. На сегодня разработаны три методики (или доступа) для косметического осуществления протезирования полового члена. Самый распространённый способ (мошоночный) реализуется через 4-5 сантиметровой разрез на мошонке, который можно выполнить продольно прямо по естественному кожному шву. С учётом складчатости кожи через несколько месяцев послеоперационный рубец становится практически неразличимым.

Второй способ (подлобковый) менее распространён, так как им владеют только продвинутые генитальные хирурги. Методика разработана американским урологом Полом Перито. Суть метода заключается в помещении имплантата через поперечный 3-4-сантиметровый разрез на 3 см выше основания полового члена. Эта зона выбрана не случайно, так как отросшие после операции лобковые волосы полностью скроют аккуратный послеоперационный рубец. Его малая толщина достигается наложением косметического внутрикожного шва.

Подлобковая имплантация целесообразна у больных сахарным диабетом, у которых риск грозного осложнения – перипротезной инфекции – выше, чем в общей популяции. Более гладкая кожа лобковой зоны является менее контаминированной по сравнению с кожными покровами мошонки, и потому вероятность обсеменения имплантата здесь крайне низка.

Третий доступ при фаллопротезировании гидравлическими имплан-



Имплантация трёхкомпонентного фаллопротеза через подлобковый доступ

фаллопротеза и скорректировать форму пениса.

В настоящее время все три доступа при фаллопротезировании в России применяют только сотрудники кафедры урологии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова. Владение всеми этими техниками пенильной имплантации позволяют выбрать оптимальную методику для каждого конкретного пациента.

Вне зависимости от выбранного доступа фаллопротез помещается в организм через единственный небольшой разрез. Имплантат в момент операции полностью опорожнён, не содержит жидкости и занимает существенно меньший

снятия швов в стандартные сроки пациента начинают обучать пользоваться помпой имплантата. И при овладении техникой активации и деактивации гидравлического фаллопротеза рекомендуют наполнять его ежедневно не менее чем на 30 минут до момента возобновления половой жизни. Последнюю разрешают через 6-8 недель с момента вмешательства.

Существует распространённое заблуждение о ненадёжности гидравлических имплантатов ввиду их конструктивной сложности. Но это утверждение было справедливо в отношении наполняемых протезов первого поколения, ресурс которых не превышал 5 лет. Современные гидравлические трёхкомпонентные

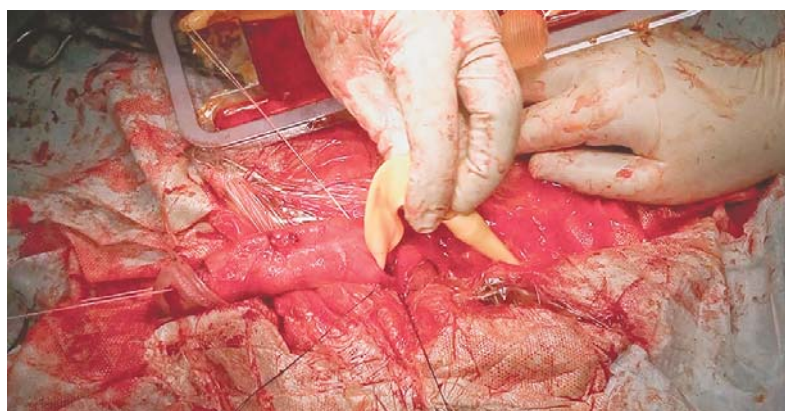
альными бужами пещеристые тела. Внешний вид пениса и ощущения при половом акте несопоставимы с естественными. Однако основную свою функцию такие протезы выполняют. Они надёжно создают осевую твёрдость полового члена. «Ношение» таких имплантатов создаёт значимые трудности как раз ввиду постоянной твёрдости органа. К тому же указанные протезы могут приводить к значительному укорочению полового члена, так как во избежание пролежней головки органа их длину подбирают на 1 см короче протяжённости разрушенных пещеристых тел. Единственным преимуществом полужёстких пенильных имплантатов является их относительно низкая стоимость.

Фаллопротезирование относится к операциям высокой категории сложности, и потому её регулярно осуществляют считанные специалисты. Парадокс состоит в том, что в мировой практике лишь 25% хирургов экспертного уровня выполняют имплантацию, осуществляя более 31 вмешательства в год. Подавляющее большинство (75%) операций подобного типа проводят редкоимплантирующие специалисты, реализующие до 4 имплантаций в год. Характерной особенностью подобных вмешательств является большая их продолжительность, превышающая безопасный предел в час, что существенно увеличивает риск перипротезной инфекции. Это обосновывает целесообразность выполнения фаллопротезирования специалистами, имеющими наибольший опыт.

Важно отметить, что даже фаллопротезирование выполнимо далеко не в любой операционной. Основное требование – это исключительная чистота воздуха хирургического блока клиники, что в основном достигается специальной системой вентиляции, создающей ламинарные потоки воздуха, «прибивающие» пыль и бактерии в полу операционной. Но такие системы весьма затратны, и большинство учреждений не оснащены ими. Вместе с тем пренебрежение сверхом операционной увеличивает риск возникновения протезной инфекции, которая вынуждает удалить протез в ближайший после операции период.

В целом следует подчеркнуть ещё раз, что протезирование полового члена – это весьма сложное и кропотливое хирургическое вмешательство, которое показано при отсутствии эффекта от консервативного лечения тяжёлых нарушений эрекции. В руках опытных специалистов данная операция позволяет восстановить сексуальную функцию и качество жизни пациента и его партнёрши.

Дмитрий ПУШКАРЬ,
заведующий кафедрой урологии
Московского государственного
медико-стоматологического
университета им. А.И.Евдокимова,
доктор медицинских наук,
профессор.



Имплантация трёхкомпонентного фаллопротеза через завенечный доступ

Перспективы

«Трудный пациент»

Эксперты прогнозируют повышение темпов роста российского фармрынка в 2019 г.

«Состояние умеренно-тяжёлое с позитивным прогнозом», – такую характеристику нынешнего состояния российского рынка лекарств дали эксперты в ходе сессии на международном деловом медико-фармацевтическом форуме «Аптека-2018».

Фармацевтическая отрасль пока остаётся одной из немногих отраслей экономики России, где наблюдается хоть небольшой, но прирост объёмов потребления. По данным аналитической компании RNC Pharma, за 9 месяцев 2018 г. динамика роста рынка составила 1%. Для сравнения: за аналогичный период предыдущего года рынок вырос на 9%. «Такого низкого показателя роста, как в 2018 г., не было за всю историю наблюдений», – отметил директор по развитию RNC Pharma Николай Беспалов. Эксперт уточнил, что по итогам первого полугодия рынок вообще «ушёл» в минус.

Общую ситуацию несколько исправил розничный сегмент (на его долю приходится 70% от общего объёма), который вырос за 9 месяцев на 2%. Положительную динамику показал сегмент региональной льготы (+11%). При этом госпитальный рынок ЛС продемонстрировал отрицательные значения (-6,5%).

На развитие рынка влияет множество факторов, прежде всего платёжеспособность населения. Помимо снижения или отсутствия роста реальных доходов жителей страны сказались и влияние благополучного эпидемиологического фона зима – весна 2018 г. Как известно, во время сезонных эпидемий ОРВИ у многих граждан обостряются самые различные хронические заболевания, которые также требуют лекарственной терапии. Соответственно, в аптеках растут продажи не только противостудных средств, но и целого ряда других групп ЛС.



Из основных тенденций в рознице – сохранение паритета товарного ассортимента. Ежегодно новые лекарства приходят на рынок, а какие-то его покидают. Однако количество лекарств растёт каждый год, а это означает, что российский фармрынок по-прежнему остаётся точкой притяжения для производителей.

Вместе с тем эксперты фиксируют снижение объёма натуральных продаж (-2,6% в упаковках, но не в цене). По мнению Н.Беспалова, эта тенденция обусловлена перераспределением спроса. «Условно говоря, человек приходит в аптеку и покупает вместо 20 таблеток упаковку на 100 таблеток. Потребители просто переключаются на более экономичные упаковки препаратов», – отметил эксперт, добавив, что в основном покупатели аптек консервативны и предпочитают приобретать проверенные временем лекарства. Лишь немногие из них переходят на более дорогие инновационные средства.

Одно из звеньев товаропроводящей цепи – фармдистрибуторы. По итогам 9 месяцев 2018 г. большинство компаний, входящих в десятку лидеров, показали положительные темпы роста (+3,1%). Среди основных тенденций в этом сегменте – сокращение доли

компаний, работающих преимущественно в сфере госзаказа (вслед за сокращением объёма рынка), а также падение доли некоторых крупных дистрибуторов, что в основном обусловлено внутренней политикой по оздоровлению клиентского портфеля.

Общее число аптек всех видов (включая аптечные точки) по итогам 9 месяцев 2018 г. достигло 63,2 тыс. За последние 5 лет количество аптек в стране выросло на 17%. Большая часть из них (50,4 тыс.) представлена сетевыми структурами, причём за последнюю пятилетку само количество сетей существенно уменьшилось из-за череды крупных поглощений.

Российские аптечные сети условно можно разделить на четыре основные категории. Первая – классические сети, растущие в основном за счёт поглощения менее крупных игроков. Ко второй категории относятся аптечные сети смешанного типа, которые развиваются по принципу франчайзинга. Следующую группу составляют аптечные ассоциации. Эти объединения начали активно развиваться в последние годы, и некоторые из них сегодня включают в себя около 7-8 тыс. аптечных учреждений, занимающих большую долю рынка. Завершают этот пере-

чень интернет-аптеки, но их число незначительно. Как известно, дистанционная продажа лекарствами у нас в стране законодательно запрещена, и приобрести заказанные медикаменты потребитель может только в конкретной аптеке, участвующей в проекте.

При этом конкуренция на рынке выглядит весьма специфично. По данным RNC Pharma, в России нет аптечных сетей, которые бы лидировали по количеству аптек более чем в 2-3 регионах. Из-за этого крупными производителями лекарственных средств приходится выстраивать стратегию продвижения своей продукции отдельно по каждому региону. Нередко они одновременно работают с 300-400-аптечными сетями по всей стране. Из-за неэффективности маркетинговых бюджетов и сложности в коммуникациях некоторые производители начали замораживать свои отношения с аптечными сетями.

Ещё один тренд – аптечные проекты сетевых супермаркетов. Однако в прошлом году фармацевтическое сообщество консолидировалось и выступило резко против проекта законодательной инициативы о возможном допуске продажи безрецептурных препаратов в торговых сетях. Не поддержали эту идею Минздрав России и профильный думский комитет.

Предстоящий год не обещает существенного увеличения объёмов рынка, но, как прогнозируют эксперты, при благоприятном развитии событий в 2020 г. рынок сможет вернуть двузначные темпы роста. Аналитики RNC Pharma дают оптимистичный прогноз для фармацевтической отрасли России. По их оценке, в 2019 г. рынок вырастет на 11,4%, а в 2020 г. – на 11,7%. По словам Н.Беспалова, выйти из «ям» помогут три основных фактора.

Первый – перевод закупок орфаных препаратов с регионального на федеральный уровень. Следующий фактор – реализация Национального проекта «Здравоохранение», в рамках которого предусмотрено увеличение объёмов закупок ЛС для лечения онкологических и сердечно-сосудистых заболеваний. Третий – это внедрение системы маркировки и, как следствие, повышение цен на лекарства, которое приведёт к выходу инфляции из отрицательной зоны и развитию рынка, прогнозируют эксперты.

Ирина СТЕПАНОВА,
корр. «МГ».

Акценты

Опережая время

Под эгидой Минпромторга России в рамках Российской недели здравоохранения-2018 состоялись «Круглые столы» по актуальным направлениям развития медицины и фармацевтики.

Одна из дискуссий была посвящена совершенствованию нормативной базы ядерной медицины. Об инициативах и законодательной работе профильных комитетов Госдумы РФ рассказала модератор «круглого стола», заместитель генерального директора по науке и инновационной деятельности Физико-энергетического института им. А.И.Лейпунского Наталья Айрапетова. Она познакомила участников дискуссии с решениями Экспертного совета по ядерной промышленности профильного Комитета Государственной Думы РФ и подчеркнула, что их основной посыл – выделить объекты медицинского назначения.

В ходе «круглого стола» отмечалось, что Россия занимает лидирующие позиции в мире по производству радионуклидов, но существенно отстаёт в выпуске радиофармацевтических препаратов. Представители регулирующих органов и практикующие врачи обменялись мнениями об организации и специфике регулирования производства и клинических исследований радиофармацевтических препаратов в России. Были представлены новые отечественные разработки для ядерной медицины, обсуждались возможности их использования, организации их производства и оснащения лечебных учреждений.

На «круглом столе» «Терапия прорыва в России – технологические и регуляторные вызовы» обсуждались существующие научные, технологические и регуляторные барьеры выведения инновационных препаратов на рынок и предложения по их устранению.

В обсуждении заявленной темы участвовали представители Института биологии развития им. Н.К.Кольцова РАН, Союза фармацевтических и биомедицинских кластеров России, Института фармации и трансляционной медицины Первого Московского государственного медицинского им. И.М.Сеченова и других научных и производственных компаний.

К «терапии прорыва» относятся новые фармацевтические препараты, технологии диагностики и лечения, которые дают существенные преимущества для пациента по сравнению с существующими подходами. Отмечалось, что в России, как и во многих развитых странах, скорость развития новых технологий в медицине существенно опережает отраслевые стандарты и регуляторные нормы. По мнению участников «круглого стола», выработка новых подходов к регулированию внедрения, оценке рисков и эффективности для пациентов препаратов «терапии прорыва» позволит как можно скорее получить необходимые разрешительные документы и сделать новые препараты доступными для пациентов.

Ирина АНДРЕЕВА,
МИА Сити!

Итоги и прогнозы

Итоги 2018 г. в работе GMP инспектора стали главной темой встречи, состоявшейся в Государственном институте лекарственных средств и надлежащих практик Минпромторга России (ГИЛС и НП).

Говоря о важных итогах прошедшего года, директор ГИЛС и НП Владислав Шестаков отметил, что за время существования института в нём было разработано 200 новых методик контроля качества препаратов и производственных процессов, 26 новых препаратов, выпущено 900 научных статей, выдано 78 авторских свидетельств и патентов. Имя ГИЛС и НП сегодня у отрасли ассоциируется со знаком качества в сфере производства лекарственных средств. За три года (с 2016 по 2018 г.) проведено 1376 инспекций, из них в 2018 г. – 667, а за период с конца 2013 г. увеличился штат сотрудников с 18 до 329 человек.

Министерство промышленности и торговли РФ возложило на институт главную функцию по проверке, инспектированию площадок по производству лекарственных средств за рубежом. Первой страной, в которой работал российский инспектор, стала Словения. Сформирован график инспекций на 2019 г., в

Теперь мы идём к вам

планах инспекции в Испании, Палестине, Чили. Государственный институт активно сотрудничает с инспекторами других стран. «Российский инспекторат одним из первых в мире ввёл в практику приглашения коллег из других инспекторатов в качестве наблюдателей» – отметил Владислав Шестаков.

Государственный институт в своей работе использует высокие технологии и новейшие методы работы: «Цифровой инспекторат», АИС «МедФармУчёт», АИС «Инспекторат», Виртуальный завод. Подробнее об этих проектах рассказали начальник управления по инспектированию производства лекарственных средств и экспертизе Наталья Чадова, начальник отдела организации сотрудничества фарминспекторов ЕАЭС Мадина Соттаева и начальник отдела надлежащих инженерных практик Игорь Фальковский.

Передовые технологии в работе инспектора – это не веяние моды, а необходимость для более точной работы и широкого анализа дополнительной информации.

Сегодня ГИЛС и НП Минпромторга России является российским центром компетенций в области надлежащих практик, сохраняет свой научный потенциал на высочайшем уровне.

За годы работы институт стал базовой структурой в системе фармацевтической промышлен-

ности, здравоохранения и лекарственной безопасности. Работа инспектората содействует обеспечению граждан России качественной лекарственной продукцией.

Анна КРАСАВКИНА.

Кстати

Российская фарминдустрия намерена вывести на рынок линейку инновационных лекарственных средств, в том числе новое поколение препаратов для лечения онкологических и сердечно-сосудистых заболеваний. Об этом заявил министр промышленности и торговли Денис Мантуров, выступая на Правительственном часе в Госдуме.

«Фундамент для этого сформирован. У нас утверждена стратегия развития «Фарма-2020». Благодаря господдержке уже открыто 20 новых фармацевтических заводов, инициировано производство лекарств, в частности молекул для терапии ВИЧ, лечения туберкулёза и сахарного диабета», – отметил министр.

Также к 2020 г. реабилитационная индустрия получит новые отечественные средства реабилитации – их доля на российском рынке увеличится до 50%. Отечественными разработками в области фармацевтики сейчас занимаются более 30 вузов, свыше 40 организаций РАН, больше 250 частных и государственных фармкомпаний, есть несколько стартапов.

Арина СТЕПКО,
МИА Сити!

На базе Сургутской окружной клинической больницы прошёл мастер-класс «Портальная гипертензия: современный взгляд на диагностику и хирургическое лечение».

С врачами-хирургами лечебных учреждений Ханты-Мансийского автономного округа – Югры поделились знаниями ведущие специалисты из известных научных центров хирургии РФ, причём программа мероприятия включала и лекции, и показательные операции.

Собравшиеся отметили: тема мастер-класса очень актуальна, поскольку количество больных с вирусными и токсическими гепатитами в последние годы постоянно увеличивается, в том числе и в Югре. В одном только центре вирусных гепатитов Сургутской окружной больницы ежегодно проходит лечение более 200 человек.

При анализе летальности болезни органов пищеварения занимают третье место.

Особую тревогу вызывает тот факт, что пациентами в основном являются люди трудоспособного возраста.

По словам главного научного сотрудника отделения экстренной хирургии и портальной гипертензии Российского научного центра хирургии им. Б.В.Петровского (Москва), доктора медицинских наук, профессора Виктора Лебезева, в каждом регионе встречается своя патология.

– Но всегда преимущественно это мужчины, средний возраст которых 33-36 лет, которые нужны обществу, – отметил он. – Во многих регионах, во многих не очень крупных медицинских центрах существует мнение, что большие циррозом печени – это обречённые люди. Но им всем можно и нужно помочь. Тем более сейчас есть прекрасная противовирусная терапия, с помощью которой можно избавиться от вируса вообще, даже от носительства – не то, что от его активных проявлений.

Ориентуры

Портальная гипертензия: звено за звеном

Сургутские хирурги освоили эту цепочку



Идёт операция

Такие пациенты, по многолетним наблюдениям Виктора Михайловича, после соответствующего лечения, в том числе оперативного, прекрасно живут десятилетиями.

В.Лебезев рассказал также о патогенезе, профилактике и лечении осложнений в хирургии портальной гипертензии у больных с циррозом печени и о технологиях полостных шунтирующих операций у больных с синдромом портальной гипертензии и провёл показательные операции по формированию спленоренальной анастомоза при портальной гипертензии.

В хирургический стационар Сургутской окружной клинической больницы, уже имеющие различ-

ные осложнения. Поэтому, как считает главный хирург Сургутской окружной клинической больницы Владимир Дарвин, работа в соответствии с мировыми стандартами и трендами является очень важной задачей для нас. А данный мастер-класс поможет освоить ещё одну технологию – портосистемное шунтирование.

В рамках мероприятия ведущий научный сотрудник отделения экстренной хирургии и портальной гипертензии Российского научного центра хирургии им. Б.В.Петровского, доктор медицинских наук, профессор Светлана Жигалова сделала сообщение о современных эндоскопических технологиях в профилактике и лечении

кровоотечений из варикозных вен пищевода и желудка. Она также продемонстрировала возможность эндоскопического лигирования варикозно расширенных вен пищевода и желудка.

Эксперт из Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова (Санкт-Петербург), начальник кафедры и клиники госпитальной хирургии, полковник медицинской службы, доктор медицинских наук, профессор Илья Дзидзава рассказал о медикаментозном лечении, профилактике кровоотечений портальной гипертензии и вместе с коллегой из Военно-медицинской академии, заместителем начальника по учебной и научной работе, генерал-майором медицинской службы, доктором медицинских наук, профессором Богданом Котив выполнил и прокомментировал операции по формированию спленоренальной анастомоза при портальной гипертензии.

Кроме того, Б.Котив прочитал лекцию об отдалённых результатах хирургической коррекции портальной гипертензии и прогностических факторах выживаемости у больных с циррозом печени. А В.Дарвин представил участникам анализ собственных результатов работы с пациентами, у которых произошли кровоотечения варикозно расширенных вен пищевода.

Накануне мастер-класса приглашённые эксперты совместно со специалистами Сургутской окружной больницы осмотрели около 20 пациентов, из них 4 были

направлены на большие полостные операции и 11 – на эндоскопические вмешательства. Шести пациентам назначено эндоскопическое лигирование.

Все действия из операционной комментировались оперирующими экспертами и демонстрировались в лекционные залы лечебных учреждений Югры в режиме видео-конференц-связи. Некоторые элементы реконструктивных сосудистых операций, эндоскопического лигирования и операций по формированию спленоренальной анастомоза при портальной гипертензии обсуждались вместе со всеми участниками мастер-класса.

В последние 10 лет медицина и хирургические технологии бурно развиваются. Постоянно появляются новые методы. Существует целая серия технологий хирургических, эндоскопических для оказания помощи таким больным, вершиной которой является трансплантация печени. И лишь наличие полного цикла позволяет эффективно оказывать помощь пациентам с портальной гипертензией.

Главный врач Сургутской окружной клинической больницы Галина Шестакова в заключение мероприятия поблагодарила специалистов из Москвы и Санкт-Петербурга и выразила надежду на дальнейшее длительное сотрудничество.

– А мы будем стараться достигать вашего уровня в практической хирургии для улучшения качества жизни больных с портальной гипертензией, – сказала она. По её словам, хирурги больницы уже освоили практически всю эту сложную цепочку – здесь останавливают кровоотечения, делают эндоскопические операции, прошивают варикозно расширенные вены желудка и пищевода, постепенно внедряют портосистемное шунтирование.

Остаётся последнее звено в этой цепи – пересадка печени.

Алёна ЖУКОВА,
спец. корр. «МГ».

Сургут.

Деловые встречи

«Съезд – масштабное событие, направленное на решение задач и реализацию мероприятий различных видов экспертиз в государственных судебно-медицинских учреждениях РФ в рамках реализации поручений Президента России и председателя Правительства РФ, развития судебно-медицинской науки и практики», – сказала в своём приветственном слове министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова.

Три дня интенсивной работы, на которых было заслушано около 90 докладов, происходили в Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования. На VIII Всероссийский съезд судебных медиков собрались около 380 делегатов из всех регионов РФ, представители республик Беларусь, Казахстан и Армения, гости из дальнего зарубежья.

Во вступительном докладе директор Российского центра судебно-медицинской экспертизы (РЦСМЭ), главный специалист по судебно-медицинской экспертизе Минздрава России, доктор медицинских наук Андрей Ковалёв сказал: «Сейчас РЦСМЭ является единственным в России государственным судебно-медицинским учреждением федерального уровня. Помимо научной работы, координации нашей службы в регионах важными задачами центра стало исполнение Майских указов Президента России В.Путина и совместное с МЧС и следствием участие в ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций с многочисленными человеческими жертвами. Среди них – террористические акты, авиакатастрофы,

Судебные медики расставляют акценты

На своём съезде они заслушали почти 90 докладов

транспортные происшествия, пожары, наводнения и т.п.».

Затем директор центра подробно остановился на научно-исследовательской деятельности учреждения, вопросах подготовки кадров, новых медицинских технологиях, разрешённых по инициативе РЦСМЭ к внедрению в практику Минздравом России. В частности, речь шла и о применении лучевой диагностики для идентификации личности, о религиозных проблемах, отрицательно относящихся к аутопсиям людей, о противодействии радиологическому терроризму.

Значительный интерес вызвал доклад заместителя директора РЦСМЭ П.Иванова и заведующей отделом молекулярно-генетических экспертиз Е.Земсковой о состоявшейся в этом году в штаб-квартире Минобороны США на базе Перл-Харбор – Хикэм встрече российской и американской сторон в рамках совместной комиссии по делам военнопленных и пропавших без вести людей. Члены российской делегации посетили генетическую лабораторию, осмотрели мемориал линкора «Аризона», затонувшего 7 декабря 1941 г. после бомбового удара японской авиации, приняли участие в переговорах по войне во Вьетнаме, посетили мемориальное кладбище, где покоятся 53 тыс. военнослужащих, погибших в мировых войнах и военных операциях во Вьетнаме и Корее. Глава российской делегации генерал Владимир Попов и эксперты РЦСМЭ поблагодарили

американскую сторону за тёплый приём, выразив удовлетворение итогами прошедших переговоров учёных и военных двух стран.

В подробном докладе А.Ковалёва, П.Иванова и Е.Земсковой были обобщены результаты гуманитарной акции РЦСМЭ по возвращению на родину из города Мосула (Ирак) российских детей, оказавшихся на Ближнем Востоке. Установлено, что до 80 детей были вывезены из зоны боевых действий в Сирии и Ираке на родину по инициативе уполномоченного по правам ребёнка при Президенте РФ Анны Кузнецовой. При этом комиссия экспертов центра помогла после ряда экспертиз, в том числе и с помощью ДНК, найти родственников.

На актуальных направлениях исследований в судебной медицине и обзоре перспективных направлений научно-исследовательских разработок, проблемах судебно-медицинской и следственной практики остановился член-корреспондент РАН Ю.Пиголкин. А начальник московского областного Бюро судебно-медицинской экспертизы профессор В.Клевню доложил о разработках профессиональных должностных стандартов по судебной медицине. Проекты этих разработок проведены Ассоциацией судебно-медицинских экспертов, которая является членом Национальной медицинской палаты, одобрены её президентом Л.Рошалем и руководством Минздрава России.

В ходе основного пленарного заседания В.Ковалёв представил

делегатам съезда программу взаимодействия и судебно-медицинского обеспечения следственных мероприятий при ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций и сотрудничества различных стран в противодействии глобальному терроризму. Так, за 2016 г. в мире от терактов погибло 25 673 человека, а в России за последние несколько лет насчитывается свыше 100 убитых и несколько сотен раненых. Вызвало интерес сообщение директора РЦСМЭ об экспертизе по лидеру Палестины Ясиру Арафату, опровергнувшей версию о его насильственной смерти, подтверждённой учёными Франции и Швейцарии.

Основная часть докладов и дискуссии состоялись в ходе секционных заседаний по различным разделам судебной медицины. На распространённом виде жестокого обращения с несовершеннолетними (пренебрежение их нуждами) остановились А.Ковалёв с соавторами.

Актуальные вопросы медицинской криминалистики и идентификации личности были рассмотрены на секционном заседании под руководством видных учёных РЦСМЭ И.Макарова, П.Иванова и В.Звягина. Так, профессор П.Иванов, остановившись на проблемах молекулярно-генетических экспертиз, отметил, что в международную практику этих исследований введён новый термин «расследовательская генетика». Он подчеркнул, что благодаря инициативе сотрудников Миро-

творческой миссии имени генерала Лебеда создаются возможности для установления судеб около 8 тыс. граждан, пропавших без вести в вооружённых конфликтах. С помощью ДНК по заявлениям родственников удалось идентифицировать 915 человек.

Ряд докладчиков (А.Ковалёв, П.Ромодановский и Н.Михеева, Е.Барин и Р.Калинин, С.Соколова с соавт., О.Весёлкина, Ю.Сидорович, Г.Шагинян, М.Фокин и М.Райтер и др.) посвятили свои выступления вопросам деонтологии, ятрогенным заболеваниям и врачебной этике. Они остановились на совершенствовании алгоритма проведения комиссионных и комплексных судебно-медицинских экспертиз по материалам дела, в том числе экспертиз по фактам ненадлежащего оказания медицинской помощи. В этом отношении впечатляют такие цифры: если в 2011 г. по врачебным делам в РЦСМЭ было проведено около 100 комиссионных экспертиз, то в нынешнем году их насчитывается уже до 400.

Вопросы преподавания, подготовки и повышения квалификации кадров судебных медиков были затронуты в выступлениях заведующих кафедрами ряда вузов страны. Завершающим аккордом съезда стала оживлённая дискуссия по вопросу создания единой Всероссийской ассоциации судебно-медицинских экспертов.

Марк ФУРМАН,
всехт. корр. «МГ»,
заслуженный врач РФ.

Врачебная тайна представляет собой важнейшее деонтологическое и правовое понятие. Оно является одним из основных принципов охраны здоровья граждан, принятие которого позволило во многом гармонизировать российское законодательство и юридическую практику с таковыми в ведущих странах мира. В повседневной жизни пациенты и их родственники не так часто задумываются о правовых аспектах врачебной тайны, но тем не менее она очень важна для их благополучия, для охраны личной жизни от нежелательного вторжения. Однако, как показывает практика, нередко данную правовую норму используют для сокрытия нарушений оказания медицинской помощи, что причиняет вред больным и лишает их близких возможности узнать правду о реальной ситуации с болезнью и лечением, об угрозе жизни пациента.

Невыдуманная история с продолжением

В случае, произошедшем с моей мамой, статья 13 «Соблюдение врачебной тайны» Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» выступила в роли молота, который бил по головам сражённых горем родственников, и одновременно стала ширмой для сокрытия неправомерных действий врачей. Всё, что написано ниже, каждый факт и каждое слово подтверждены документами (имеются в распоряжении редакции). Я очень надеюсь, что прочитавшие эту статью представители медицинской власти и законодатели увидят в ней серьёзный повод задуматься над тем, какие изменения необходимо внести в российское медицинское законодательство.

Мои родители переехали в областной центр в Центральном федеральном округе 10 лет назад из Севастополя (отец до пенсии – военно-морской офицер, охранял рубежи родины). Город родители выбрали по совету моего коллеги – замечательного врача-онколога. Вряд ли они могли хотя бы на секунду вообразить, как ужасно закончится их жизнь в этом городе, что в конце жизни маме придётся погибать в мучениях без должной медицинской помощи в окружении бездушных врачей, а после её смерти руководители здравоохранения будут глумиться над её памятью.

С 7 по 12 марта 2017 г. мама обращалась в городские клиники, в которых ей категорически было отказано в оказании адекватной медицинской помощи по поводу гидроторакса, тяжёлого приступа мерцательной аритмии и двусторонней пневмонии. Отказы привели к смерти через 8 дней со дня первого обращения. Мы, дети и внуки, – 4 врача (кардиолог, невропатолог, гематолог, онколог), двое из которых имеют степень кандидата медицинских наук – написали 12-страничную жалобу с детальным описанием всех дефектов в оказании (точнее неоказании!) медицинской помощи пациентке. Жалоба поступила в областной Минздрав. Там создали комиссию из 13 человек (6 – сотрудники данного ведомства, 5 – профессора медицинского университета, 2 – из практического здравоохранения).

Как следует из актов проверки, комиссия заседала всего два часа, изучив мою жалобу на 12 страницах, две истории болезни, амбулаторную карту и две карты скорой помощи. Акты были составлены за 30 минут и подписаны всеми участниками комиссии. Не поддается пониманию, как 13 мужчин и женщин зрелого возраста и достаточно высокого статуса в течение столь короткого времени могли внимательно и ответственно прочитать весьма большой массив документов, а потом ещё и ответить на все претензии из моей 12-страничной жалобы и составить согласованное заключение. Как мы были наивны, искренне полагая, что областной Минздрав объективно рассмотрит жалобу, подтвердит совершенно явные нарушения, сделает выводы и примет меры. Ответ из этого ведомства, которое призвано контролировать процессы охраны здоровья граждан области, был краток: «В ходе проверки нарушений порядков

организации также подтверждает тот факт, что вывод областного Минздрава об отсутствии нарушений в оказании медпомощи моей матери абсолютно не соответствует действительности и вводит меня как заявителя и близких умершей пациентки в заблуждение.

Факты вопиют

Из актов проверки комиссии областного Минздрава, полученных

впечатан с помощью принтера (!) текст об отказе пациентки от профилактики тромбоэмболий с применением оральных антикоагулянтов и о том, что ей разъяснены последствия отказа. На данной «филькиной грамоте» был даже перепутан пол больной и не было ни ФИО больной, ни даты, ни её подписи, а имелась только подпись врача. Лечащий врач цинично переложил своё нежелание

неправомерные действия врачебной тайной и информированным согласием. Хотелось бы, чтобы мой опыт также помог родственникам больных, которые могут столкнуться с людьми в не очень «чистых» белых халатах.

Прежде всего необходимо знать о наличии такого документа, как «Информированное добровольное согласие» и обсудить с самим больным фамилии близких, кото-

Острая тема

Оборотная сторона врачебной тайны

Как поставить заслон злоупотреблению важнейшей нормой законодательства об охране здоровья

оказания медицинской помощи, стандартов и клинических рекомендаций (протоколов лечения) не выявлено».

На мою просьбу прислать акты проверки областной Минздрав ответил отказом, сославшись на врачебную тайну. То есть даже вкратце опровергнуть мои претензии, без медицинской детализации (а писали мы только об отказах в оказании медпомощи, без запросов о предоставлении данных о диагнозах, результатах обследования и лечении больной) ведомство не сочло нужным. Более того, в телефонном разговоре «составительница» ответов из областного Минздрава сообщила о якобы наличии документа, в котором пациентка запретила давать информацию о своём здоровье близким родственникам.

Не согласившись с ответом ведомства, я обратился в территориальный орган Росздравнадзора по данной области, который организовал свою проверку работы комиссии областного Минздрава. Росздравнадзор дал заключение с перечислением большого количества нарушений как по работе комиссии, так и по оказанию медпомощи. Главный вывод Росздравнадзора: в актах комиссии областного Минздрава по проверке жалобы «нет оценки соблюдения порядков оказания медпомощи и стандартов медпомощи» и ряда других требований по соблюдению стандартов. Таким образом, заключение Росздравнадзора как контролирующей организации полностью дезавуирует заявление областного Минздрава об отсутствии нарушений при оказании медпомощи моей матери.

Более того, в письме территориального фонда ОМС на моё имя говорится, что в результате экспертизы качества медпомощи (длилась, кстати, два месяца, а не 2 часа!) «были обнаружены дефекты... в оказании медицинской помощи (невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий... в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения)». ТФОМС сообщил, что после проведения экспертизы областной филиал страховой компании не оплатил соответствующим больницам положенные средства по ОМС. Кроме того, ТФОМС указал, что проведённая экспертиза качества медицинской помощи даёт основания для обращения как в органы дознания, так и в суд.

Таким образом, этот ответ от независимой контролирующей ор-

ганизации также подтверждает тот факт, что вывод областного Минздрава об отсутствии нарушений в оказании медпомощи моей матери абсолютно не соответствует действительности и вводит меня как заявителя и близких умершей пациентки в заблуждение.

В ответе главного врача мне было сказано со ссылкой на множество законов и Конституцию РФ, что запрашиваемые сведения относятся к специальным персональным данным. Однако в Федеральном законе № 152-ФЗ «О персональных данных» ничего не сказано о том, что фамилия врача и ответ на вопрос, есть ли запись о диурезе и кто её сделал, относятся к состоянию здоровья пациента и, следовательно, к персональным данным. Полученный мною ответ – это новое слово в юриспруденции, а по сути – издевательство над здравым смыслом и манипулирование законами. Кроме того, в письме было сказано, что в «Информированном добровольном согласии» пациентка не разрешила передавать какие-либо сведения относительно состояния её здоровья членам семьи. Как выяснилось, в последующем, это была циничная выдумка людей, уверенных в том, что умершая уже не сможет дать опровержение. Оказалось, сможет. Несмотря на молчание ответственных лиц в ответ на мою просьбу предоставить копию «Информированного согласия».

В то же время Росздравнадзор предоставил документы из истории болезни, прилагавшиеся к актам проверки областного Минздрава. В одном из них – температурном листе – содержится информация о проведении контроля диуреза у пациентки (при том что никто из присутствовавших родственников не записывал объёмы выпитой жидкости, а в туалет её отвозили муж и внучка на кресле-каталке, ночью использовались памперсы).

В другом документе, представляющем ксерокс таблицы риска тромбоцитических осложнений при мерцательной аритмии, был

оказывать помощь больной на её плечи. Результат – тромбозы артерий нижних конечностей через два дня после поступления в больницу и смерть.

Эти два нелегитимных документа пытались утаить, ссылаясь на то, что я запрашиваю персональные данные больной, и привлекая к поддержке Конституцию РФ, вместо того, чтобы защищать право на жизнь, утверждённое этой Конституцией. И таким людям доверены судьбы сотен и тысяч больных! Когда же мне удалось получить копию «Информированного добровольного согласия», открылась вся глубина падения тех, кто отказывал мне в его предоставлении: никакого запрета сообщать информацию родственникам не было.

На основании нижеследующего это «Информированное добровольное согласие» должно считаться недействительным и, не исключено, поддельным. В пункте 3 после подчёркнутых слов «не разрешаю» давать информацию «о состоянии здоровья», «методах необходимого лечения» и «прогнозе заболевания» не указаны родственники, на которых распространяется запрет, как того требует форма. Это делает распоряжение нелегитимным, и нельзя исключить, что документ заполнен не самой пациенткой, а неким лицом, не знавшим её родственников. После слова «мною» ФИО больной написано чужой рукой, когда должна писаться собственной. Чужая рука видна и при заполнении графы «ФИО пациентки» в разделе «Согласие на обработку персональных данных». Подписи не имеют ничего общего с подписью моей мамы. Сам бланк не утверждён приказом по больнице. Внизу бланка нет подписи врача, заверяющей весь документ. Наконец, мой отец всё время находился рядом, он не видел, чтобы больная заполняла соответствующую бумагу. И на этот нелегитимный документ ссылались руководители областного Минздрава и главный врач больницы, где в терапевтическом отделении мама пробыла двое суток, отказывая мне в объективном ответе на жалобу. Проработав более 30 лет в медицине, я никогда не мог подумать, что моя мама погибнет в тяжелейших мучениях от бездействия медиков, а их руководители будут вводить родственников в заблуждение.

Опираясь на горький опыт

Надеюсь, что описанное мною послужит предостережением для врачей, у которых может появиться соблазн прикрыть свои

решения должно быть дано разрешение на получение информации о заболевании пациента, его лечении и прогнозе. Постараться, чтобы «Информированное добровольное согласие» заполнялось в присутствии родственников.

После заполнения рукой больного и подписания «Информированного добровольного согласия» необходимо его сфотографировать или попросить врача выдать ксерокопию. Сделав это, родственники будут иметь право задавать врачам любые вопросы и требовать ответы на них (лучше их сразу записывать в блокнот с датой, временем и ФИО врача).

Выше я говорил об отказе от лечения. Чаще всего это означает отказ от конкретных препаратов. Родственник, имеющий разрешение, должен просить больного, чтобы последний предупредил его об отказе от лечения, если таковой случится, и подписывал любые документы только в его присутствии. С них тоже необходимо снять копии.

Если придётся писать жалобу на действия медиков, лучше прибегнуть к помощи знакомого врача и юриста. Жалобу надо отправить на имя руководителя территориального органа Росздравнадзора, а лучше – сразу в прокуратуру.

Всё это позволит не принимать участия в «играх» с органами здравоохранения, нередко стоящих на защите корпоративных интересов. Безусловно, можно написать жалобу и на имя руководителя учреждения. Руководство больницы обязано отвечать за действия своих врачей, давать им объективную оценку и применять меры административно-дисциплинарного воздействия. Однако высоко вероятно, что заявление главному врачу может попасть под действие защиты корпоративных интересов. Если родственники увидят нежелание разбираться в ситуации и давать объективные ответы на их претензии, то этот ответ главного врача можно отправить в прокуратуру как дополнительный аргумент к жалобе.

Безусловно, закон о врачебной тайне требует пересмотра и уточнений, а информированное согласие и отказ от терапии должны приобрести более весомый статус юридических документов, защищённых от манипуляций со стороны недобросовестных врачей. Уверен, что соответствующие законодательные изменения помогут спасти жизни будущих пациентов и дадут возможность родственникам получить всестороннюю информацию об оказании помощи их близким.

Дмитрий НИКИТИН,
кандидат медицинских наук.

Санкт-Петербург.

Медицина и религия

Лечить болезнь, исцелять душу

Пообщаться со священником в больнице хочет сегодня всё больше пациентов

Набор на организованные комиссией по больничному служению при Епархиальном совете Москвы курсы помощников больничных священников начался в столице. В течение трёх месяцев занятия на них будут вести не только священнослужители, но и психологи, сёстры милосердия. По окончании обучения, сообщили в синодальном отделе по церковной благотворительности и социальному служению Московского Патриархата Русской православной церкви, выпускников распределяют по больницам города в качестве волонтеров с перспективой дальнейшего трудоустройства.

Облегчить страдания

В числе требований к будущим слушателям курсов – высшее образование, регулярное участие в церковных таинствах, возраст от 25 до 50 лет. Желательно также наличие у кандидата постоянного духовника. В программу обучения входят лекции и семинары, направленные на православное понимание страдания, развитие навыков общения с пациентами и их близкими, изучение специфики социальной и духовной помощи в больнице.

Трёхчасовые лекционные и практические занятия будут проходить один раз в неделю, по субботам, на территории больницы святителя Алексия на Ленинском проспекте столицы. Первое занятие проведёт руководитель комиссии глава синодального отдела Московского патриархата РПЦ по церковной благотворительности и социальному служению епископ Орехово-Зуевский Пантелеимон. Со слушателями курсов встретится также психолог, врач рефлексотерапевт Фредерика де Грааф, много лет проработавшая в госпиталях России и Англии. Автор книги «Разлуки не будет», расскажет о развитии



Исповедаться и причаститься можно теперь и в больнице

эмпатии и навыков общения с тяжелобольными и умирающими людьми.

«По опыту, со священником в больнице обычно хочет поговорить примерно каждый третий пациент, – говорит владыка Пантелеимон. – Но сейчас священников в больницах не хватает. Они просто не успевают пообщаться со всеми желающими».

Будем соработничать!

Открытые в столице курсы помощников больничных священников – лишь один из примеров реализации действующего уже более трёх лет соглашения о

сотрудничестве между РПЦ и Министерством здравоохранения РФ. Документ, подписанный Святейшим Патриархом Московским и всея Руси Кириллом и главой Минздрава Вероникой Скворцовой, определит основные направления взаимодействия сторон с целью обеспечения прав россиян в области охраны здоровья на наивысшем достижимом уровне и свободы вероисповедания.

Соглашение предусматривает сотрудничество в оказании паллиативной помощи, страдающим алкогольной зависимостью, наркозависимым, инвалидам, бездомным, а также в профилактике абортов. Среди конкретных мероприятий –

открытие при роддомах и храмах центров кризисной беременности, предабортное консультирование со священниками, центры помощи бездомным и т.д.

Сотрудничество медиков и церкви набирает всё больший размах в регионах, развитие его постоянно освещает «Медицинская газета». Вот только-только два из последних событий в этой сфере.

Также заключено соглашение о сотрудничестве между Министерством здравоохранения Оренбургской области и Оренбургской епархией РПЦ (Московский Патриархат).

В соответствии с документом, который подписали управляющий епархии митрополит Оренбургский и Саркыташский Вениамин и руководитель регионального Минздрава Галина Зольникова, при женских консультациях с согласия пациента психологами, как представителями религиозных организаций епархии, будет осуществляться консультирование лиц, находящихся в кризисных ситуациях и планирующих прервать беременность. Другой важный аспект взаимодействия – сотрудничество в уходе за больными, нуждающимися в паллиативной помощи на дому и в условиях стационара. Предусмотрено также взаимодействие в сфере оказания духовной и медико-социальной помощи лицам, страдающим алкогольной зависимостью, токсикоманией, наркоманией, игроманией.

«Врачи творят великий подвиг сохранения человеческой жизни, живут по законам добра и милосер-

дия, – отметил на церемонии подписания соглашения митрополит Вениамин. – Будем соработничать! Есть тяжелобольные люди, есть те, кто оказался перед сложным выбором, попал в беду, и добрая поддержка, милосердные руки будут в помощь».

Специально для женщин

Также в августе в церковном приюте для женщин в пригороде Иркутска состоялось подписание соглашения о сотрудничестве между Иркутской епархией и региональным Министерством здравоохранения. Здесь, кстати, было решено и организовать кабинет медицинской помощи для подопечных открывающегося в этом субъекте РФ кризисного центра, рассчитанного на размещение до 50 женщин с детьми.

«Для нас очень важно, чтобы женщины, попавшие в трудную жизненную ситуацию, были охвачены медицинской помощью, – сказал глава Минздрава Иркутской области Олег Ярошенко после церемонии подписания соглашения. – Для этого в приюте будет открыт медицинский кабинет, за ним будут закреплены на постоянной основе врач и фельдшер».

Медики будут проводить первичный медосмотр и при необходимости направлять женщин для дальнейшего лечения в больницы Иркутска.

Константин ШЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

Далёкое-близкое

В известном романе «Август четырнадцатого» Александр Солженицын описывает гибель Дорогобужского и Каширского полков, разделивших трагическую участь 2-й русской армии под командованием Александра Самсонова в период Первой мировой войны. Укомплектованные уроженцами Брянщины, эти 143-й Дорогобужский и 144-й Каширский полки входили в состав 36-й пехотной дивизии 13-го корпуса и были уничтожены противником практически в один день.

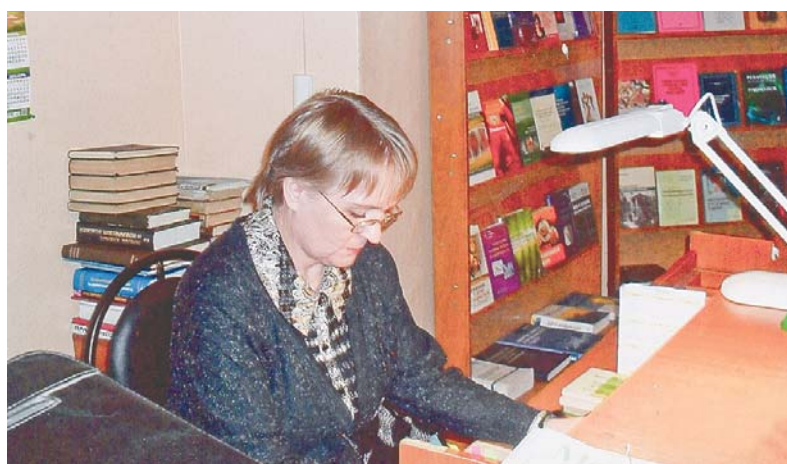
Когда я недавно перечитывал это произведение, впервые опубликованное в нашей стране журналом «Звезда» в 1990 г., обратил внимание на следующие строки: «Как он выглядел, полковник Кабанов?.. Нигде не была напечатана его фотография, а тем более не одного из нижних чинов...» («Звезда», № 6, 1990 г., стр. 96). В данном случае, к счастью, Александр Исаевич ошибся.

В Брянске на улице Октябрьской (бывшая Завальская) в доме № 38 располагается областная научная медицинская библиотека. И над входом в здание сохранилась кирпичная эмблема с надписью: «Б (1898)». С помощью заведующей Ольги Фроловой, которая живо интересуется краеведением, удалось установить, что надпись состоит из начальной буквы фамилии строителя-полковника Александра Баженова и времени постройки казармы, бывшей вплоть до начала Первой мировой войны жилищем солдат 144-го Каширского полка. Учебный же корпус 143-го Дорогобужского находился в здании нынешней епархии, где несколько лет назад по благословению епископа Брянского и Севского Александра открыли памятный знак.

Как описано в романе А.Солженицына, без артиллерии, с ограниченным запасом патронов командир Дорогобужского полка

Брянский след далёкой войны

Достоинно показали себя лекари Дорогобужского и Каширского полков



Ольга Фролова является бережной хранительницей областной медицинской библиотеки – памятного места в Брянске, где располагались казармы прославленного 144-го Каширского полка

Владимир Кабанов (Кобанов) со своими солдатами в течение суток сдерживал противника, прикрывая отход основных сил. Полковник погиб, но не изменил присяге. Отважным офицером был и командир Каширского полка Борис Каховский, ещё в русско-японскую войну награждённый за храбрость золотым именованным оружием. Когда полк попал в Восточной Пруссии в окружение, он 14 часов вёл бой с противником.

Часть же каширцев всё-таки пробилась к своим. И среди тех, кто попал тогда в круговорот сумасшедшего от крови сражения, был и Вячеслав Доброславин, сын основоположника отечественной гигиены, уроженца брянского города Дятьково Алексея Доброславина. Как свидетельствуют изы-

скания бывшего государственного санитарного врача по этому району Владимира Итунина, Вячеслав Алексеевич пошёл по стопам отца, окончив Военно-медицинскую академию. Назначенный главным врачом 304-го полевого госпиталя, он испытал все ужасы отступления и гибели 2-й армии генерала А.Самсонова. Причём о госпитале в суматохе бегства штабисты забыли!

«И при этих условиях я должен был быть внешне спокоен, – цитируют нынче краеведы строки из сохранившегося письма врача жене. – Я постарел душой и познал особенно ясно всю тщету земных благ... Я устал, я перетянул свою нервную систему и чувствую, что долго не выдержу».

Предчувствие не обмануло военного доктора. Уцелел в 1914 г.,

Доброславин умер два года спустя, отравившись ипритом при немецкой газовой атаке. Когда я работал над этой корреспонденцией, попала на глаза брошюра «Духовная жизнь Брянского гарнизона», изданная ещё в начале прошлого века. Оказывается, 100 лет назад Покровская церковь стала полковой церковью 144-го Каширского полка и «содержится в образцовом порядке, отреставрирована и украшена усердием братьев Чулковых...» А один из них, надворный (позже – коллежский) советник, доктор медицины Владимир Дмитриевич был старшим врачом 143-го пехотного Дорогобужского полка! Позже он стал старшим врачом Брянского лазарета. Именно при активной поддержке доктора медицины в январе 1896 г. местные врачи стали ходатайствовать об учреждении общества врачей. Они совместно выработали устав и провели «избирательное» заседание. К слову, этому обществу Брянск обязан организацией первого родильного приюта и открытием в канун Первой мировой войны санатория для чахоточных больных в Жуковке. Кроме старшего брата одним из лазаретов заведовал и военный доктор Степан Чулков.

Сберегли архивы и связанный с расквартированием в провинциальном Брянске знаменитых впоследствии пехотных полков вот такой курьёзный случай. Пришлось открыть несколько домов терпимости, но жители улиц Трубчевской, Старособорной и других никак не хотели соседствовать с этими «гнездами разврата». Дело даже разбирал специальный врачебно-

полицейский комитет, который постановил: «оставить всё, как есть, ибо в противном случае придёт вести борьбу с тайной проституцией, которая может распространить сифилис и венерические болезни». Вот так-то!

Когда же грянула Первая мировая, в городе открыли 22 лазарета, под которые отвели земские больницы, женскую гимназию, Петропавловский монастырь и даже... винный склад. Катастрофически не хватало сестёр милосердия, и при Комитете Красного Креста открыли специальные курсы. А вдова известного брянского мецената Павла Могилевцева Зинаида Фёдоровна организовала дамский кружок, стараниями и денежными жертвованиями которого были открыты ещё 2 лазарета.

Причём лечебное дело удалось поставить так хорошо, что с работой госпиталей решил лично ознакомиться император Николай II, который посетил Брянск весной 1915 г. Вот что записал тогда государь в дневнике: «Заехал в больницу, лазарет на 500 раненых...». Император отметил «образцовый порядок» в этих лечебных учреждениях, их хорошее оснащение. Действительно, в госпиталях были уже рентгеновские кабинеты, отделения светолечения и ортопедии. Осмотрел самодержец и лазарет Всероссийского земского союза, где вручил награды сёстрам милосердия, а раненым воинам – медали «За храбрость».

Василий ШПАЧКОВ,
соб. корр. «МГ».

Брянск.

Сокровенное

Гаврил МАРКАРОВ

Мой Север — священная земля...



Соловецкие миражи

Рифы, неприветливые берега
С голыми, скалистыми холмами.
Резкие холодные ветра
Подгоняли шхуну меж волнами.
Поднимало вверх, бросало вниз.
Облака склонялись над нами.
И свинцово серая волна
Накрывала шхуну в океане.
Миражом казались острова
Через призму серого тумана.
Непроглядная сырая мгла
Горизонт завесой покрывала.
Чудились соборы и церква.
Ветхие строения помора.
Слышались сирены голоса.
Соловецкого сурового конвоя.

Грозно шумит океан

Чайка над волнами.
Холодно, ветрено.
Тусклый осенний туман.
Утро угрюмое.
День неприветливый.
Грозно шумит океан.
Воды вздымаются
Серой армадою.
Стальной надвигается вал.
И горизонт темнеет на западе.

Рифы...
Очертания скал.
Чайка кричит.
Непрерывно и жалобно.
Что-то ищет в волнах.
Крутятся волны.
На рифы бросаюся.
Пенятся на камнях.
Север таинственный.
Осенний, холодный.
Пустынные острова.
Север бескрайний.
Снегами покрытый.
Вечная мерзлота.

Мёд и яд любви...

Такую любовь я встречал
Лишь в романах.
Такую любовь я встречал
Лишь в стихах.
В коротких рассказах
Классиков старых.
И, может быть, встречу
На небесах...
Мёд может быть
Горьким терпким и пьяным.
Любовь — тот же мёд.
Кому как везёт.
Кто патокой этой
Заласкан, задарен.

А кто — Клеопатрой
Отравленный пьёт...

Море горит хрусталём

Море горит хрусталём,
Лунным огнём светится.
И мириады звёзд,
Млечных путей вереница...
Двигутся в толще вод,
Медленно затухая.
То ложатся на дно.
То опять всплывают.
Вспыхнут и снова уснут,
Тихо в волне качаясь.
То косяком проплывут,
То кометой, срываясь.
Блещет фосфорный свет
И аметистово-синий
Рыб мечущихся след
Во глубине пучины.

ОБ АВТОРЕ. Гаврил Маркаров — известный в столичных медицинских кругах физиотерапевт. По его теоретическим разработкам создан целый ряд приборов, которые эффективно используются как в московской, так и в российской системе здравоохранения.

На литературный конкурс

Любовь КОЛОСОВА

Студенческий Новый год

Новый год — это праздник праздников, это самое долгожданное торжество, это новые встречи, ожидание чуда, даже в «нашем возрасте». А уж что говорить о студенчестве!

А что говорить о нас, группе студентов 3-го курса педиатрического факультета Смоленского медицинского института. До этого дремавшее в нас актёрское мастерство мы пробуждали на разных праздниках вроде утренников в нашей областной детской больнице.

Вдохновляла и руководила нами замечательный преподаватель немецкого языка, добрейшей души человек — Шевелева Марина Львовна, добрая и светлая ей память... «Либретто» наших «доморощенных мюзиклов» принадлежало ей, мы только мастерили костюмы и с воодушевлением скакали перед маленькими пациентами в образе собак, хрюшек, котят или снеговиков.

А тут — совсем другое! Тут надо самим придумать сценарий и воплотить его в жизнь. И не просто придумать, а надо организовать что-то грандиозное, необыкновенное, неповторимое, ведь это наш факультетский Новый год!

Вот попробуйте сами изобразить оленя: ничего кроме колена-локтевой позы или авторучек у височков в голову не приходит? Так зачем нам вообще традиционный олень? Что, других вариаций ни у кого не было? А вот у нас будет — мы же креативные! Как насчёт трёх пингвинов? Говорите, что они на Южном полюсе? А наш креативный дедушка за ними туда специально сгонял — для факультетского Нового года чего не сделаешь! Как только выяснилось, что наши пингвины будут не медлительными и толстыми, а зажигательными и изящными, в мини-юбках и туфлях на шпильках — сразу нашлись претендентки на эту роль. В Деда Мороза прочно вжилась Сашка Карпичков — это тот случай, когда менять ничего не стоит. Весёлый, статный, с зычным голосом — он хорош и в новогоднем костюме, да во всех костюмах хорош! Я сразу решительно забронировала для себя роль Снегурочки — на всякий

случай, чтобы быть поближе к Деду Морозу. Не век же мне скакать кошкой да мышкой, надо себя пробовать и в другом амплуа...


Сани... Их было достаточно легко придумать, но сложно построить. Потому что они должны быть не только красивыми, но и очень лёгкими. Конечно, мы с Сашкой не предполагали в них ехать по настоящему: предполагали в них идти и ещё немного помочь тащить их нашим «хрупким пингвинам». Поэтому над проектом сани трудились лучшие педиатрические умы нашего курса. А потом все трудились над реализацией этого проекта — подходящих подручных средств в нашем общежитии было мало, а строительными рынками Смоленск того времени не изобилывал. Но всё же собрали, скотили и... Оказалось, что мы не учли ещё один параметр: кроме красоты и лёгкости им необходимо было ещё пройти в двери нашего общежития. Пришлось разбирать и спешно собирать — уже в другом корпусе.

И тут — музыка умолкла... И тут... свет погас... Вы только не волнуйтесь так сильно, как разволновалась тогда молодёжь. Главный режиссёр имеет право на секреты. Ведь самым необычным было то, что в тот год Дед Мороз появился в зале среди крошечной тьмы: он приехал на санях, запряжённых элегантною пингвинами, освещёнными бенгальскими огнями лишь участок зала — только кортеж с главными героями праздника. Зрелище волнующее и прекрасное! Не обошлось, правда, без маленьких неприятностей: от искорки бенгальского огня у Деда Мороза задымилась борода... Поэтому, пока дымящийся Дедушка приветствовал публику, Снегурочка как можно незаметнее и непринуждённо этот пожар тушила — дружеским похлопывание по груди и бороде. Так что почти никто этого возгорания и не заметил. А прекрасные воспоминания о необычном факультетском празднике остались у всех!

Москва.

Вига-батрин	Прибор, время	Изгиб реки	Допить ... до дна	СКАНВОРД										Голсуорси, роман		
Франц. драматург	Родственник енота	Бете-левая пальма	Ремень, трос	Жилище на Севере	Макро-гол	45 минут	Оросит. канал	Ранне-визант. поэт	Сырье, пастила	Галоген	Узко-носая обезьяна	Трясо-гузка	Бамако	Атаза-навир	Франц. композитор	Существует объективно
Рос. живописец	Цимбалы, Бл. Восток	"... и не снилось"	Звезда ... Альхаг	Ново-годнее дерево	Тротил	Вулкан, Куна-шир	Шерст. ткань	Спит ... да видит курицу	Едва	Метод исследования	Снежный обвал	Мать Персея	Брит. астрофизик	Наплев на дёрвьях		
Дерево сем. бобовых	Сорт бумаги					Горные быки		Регион, Швеция								
Сельдь			12,8 г			Лицевая кость										
Автор Валерий Шаршуков	Цвет шерсти животного					Смотровая		Волшебница								
										П У Ф О Р Т Б Л У Л Р А Я К О В Л С И А Г Р И П И Н А Р А Р Т Я Г А П И З О Р А О А Т Л А Р М А Н С Н А Н С Е Н К Л И М А Т К А Р Е К А Г О Р И К Р Е Д И Т Н Т А Б У У К О Р О С А М Е Т Е О Р Л О Б О У З Б Е К А Н А Д А А Т Т А И Т А						

Ответы на сканворд, опубликованный в № 45 от 14.11.2018.

Полное или частичное воспроизведение или размножение каким-либо способом материалов, опубликованных в настоящем издании, допускается только с письменного разрешения редакции газеты. Материалы, помеченные значком , публикуются на правах рекламы. За достоверность рекламы ответственность несёт рекламодатель.

Главный редактор А.ПОЛТОРАК.
 Редакционная коллегия: И.БАБАЯН (зам. ответственного секретаря), В.ЕВЛАНОВА, В.ЗАЙЦЕВА, В.ЗИНОВЬЕВ (зам. ответственного секретаря), А.ИВАНОВ, В.КЛЫШНИКОВ, Т.КОЗЛОВ, В.КОРОЛЁВ, А.ПАПЫРИН (зам. главного редактора, редактор сайта), Г.ПАПЫРИНА, В.САДКОВСКИЙ (зам. главного редактора — ответственный секретарь), И.СТЕПАНОВА, К.ЩЕГЛОВ.
 Дежурный член редколлегии — В.ЗАЙЦЕВА.

Справки по тел.: 8-495-608-86-95. Рекламная служба: 8-495-608-85-44.
 Отдел изданий и распространения: 8-916-271-08-13.
 Адрес редакции, издателя: 129110, Москва, ул. Гиляровского, 68, стр. 1.
 E-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения).
 «МГ» в Интернете: www.mgzt.ru
 ИНН 7702394528, КПП 770201001, р/с 40702810338000085671, к/с 30101810400000000225,
 БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

Отпечатано в ОАО «Московская газетная типография».
 Адрес: 123022, Москва, ул. 1905 года, д. 7, стр. 1
 Заказ № 0332
 Тираж 17 120 экз.
 Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.