

Медицинская

4 апреля 2012 г.

среда

№ 23 (7252)

Газета®

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВРАЧЕБНОЕ ИЗДАНИЕ

Основано в 1893 году

Выходит по средам и пятницам

Распространяется в России и других странах СНГ

Инициатива

Придумать, а еще внедрить и произвести

В Сибирском государственном медицинском университете создан центр, представляющий в небольшом масштабе современное фармпроизводство

Полный цикл фармацевтического производства от разработки лекарственного препарата до выпуска его опытной партии и оформления всех регистрационных документов – теорию и практику этой науки отныне смогут пройти студенты Сибирского государственного медицинского университета прямо в стенах родного вуза. Здесь на базе Центральной научно-исследовательской лаборатории открылся центр внедрения технологий.

Как пояснил руководитель нового учебного подразделения доктор фармацевтических наук Артём Гурьев, ставится задача вовлечь студентов в научный процесс и инновации, помочь молодым людям в реализации собственных идей. Кроме того, выпускник университета, который имеет не книжное представление о производстве лекарств, а опыт практической работы, пусть и в стенах учебной лаборатории, знающий все этапы и тонкости технологии, будет востребован любым российским предприятием фармацевтической отрасли.

Опытная модель «завода по производству лекарств» создана в СибГМУ на средства, полученные из федерального бюджета. Оснащенный техникой учебный «цех» воспроизводит в небольшом масштабе современное фармпроизводство. Здесь имеется даже оборудование для препаративной хроматографии. По словам А. Гурьева, университет заинтересован в выполнении научных исследований на высоком уровне и обучении студентов новейшим технологиям.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

ТОМСК.



НА СНИМКЕ: студенты и аспиранты СибГМУ знакомятся с работой оборудования для фильтрации фармацевтических растворов.

Наше пополнение

Молодые специалисты идут нарасхват

У шестикурсников Красноярского государственного медицинского университета началась горячая пора – выбор места будущей работы. Первыми завтрашних выпускников вуза пригласили к разговору главные врачи муниципальных лечебных учреждений Красноярска.

ния края разработать эффективную концепцию кадровой политики в отрасли. Одна из мер такой политики – встречи работодателей с будущими работниками, стремление увлечь и заинтересовать их еще до того, как последние получают дипломы.

В 10 территориях края уже действуют целевые программы о мерах социальной поддержки медицинских работников. Это выплаты единовременной компенсации при трудоустройстве в размере от 30 тыс. до 50 тыс. руб., предоставление жилья на условиях социального найма, оплата аренды квартиры врачам-специалистам, доплаты интернам в размере 50% тарифной ставки, ежемесячные доплаты к стипендии студентам.

В регионе надеются и на то, что молодые специалисты станут активнее участвовать в Федеральной программе «Земский доктор». К сегодняшнему дню желание отработать в селе минимум 5 лет в обмен на 1 млн руб. высказал 21 врач.

Елена ШУБИНА.

Красноярск.

А уже в апреле запланированы «смотрины» районных больниц. В медуниверситете состоится традиционная ярмарка вакансий, где студенты выпускных курсов встретятся с представителями сельского здравоохранения и смогут заключить предварительные договоры на трудоустройство.

По данным Министерства здравоохранения Красноярского края, укомплектованность медицинских учреждений региона врачами на уровне 60%, средними медицинскими работниками – 75%. При этом ежегодно на работу в государственный сектор здравоохранения приходят лишь 65% выпускников медицинских вузов.

Губернатор Красноярского края Лев Кузнецов поручил Министерству здравоохранения

В НОМЕРЕ

Перед новым поколением травматологов встает много жизненно важных вопросов.

Стр. 5.

Модернизацию надо начинать с подготовки врачей.

Стр. 7.

Перспективы

Не только шахты, но и клиники

В Кузбасском технопарке состоялась первая региональная специализированная выставка «Уникальный Кузбасс. Инновации и здоровье». Она ставила целью показать, что Кемеровская область – это не только уголь, металл и химия, но и медицина мирового уровня.

В работе выставки приняли участие почти три десятка организаций. В экспозиции были представлены новейшие технологии лечения урологических и кардиологических больных, пациентов с наркологическими рас-

стройствами, рожениц и младенцев, появившихся на свет с экстремально низкой массой тела, разработанные в больницах Кузбасса. В числе экспонатов значились также медицинские приборы и изделия, созданные кузбасскими учеными в содружестве с врачами-практиками, а также информационные технологии, успешно внедряемые в систему здравоохранения региона.

Изначально Кузбасский технопарк был ориентирован на реализацию оригинальных научно-технических идей в топливно-энергетическом комплексе области, горнорудной,

металлургической и химической отраслях. Однако уровень медицинских проектов, реализуемых в Кузбассе, оказался настолько высоким, что пришлось скорректировать основные профили деятельности технопарка. Уже принято решение построить дополнительный лабораторно-производственный корпус и целиком «посвятить» его биомедицинским исследованиям. В этом году будет выполнен проект нового подразделения.

Валентина АКИМОВА,
соб. корр. «МГ».

Кемерово.

DIXION
МЕДИЦИНСКАЯ ТЕХНИКА ОТ ЕДИНОГО ПРОИЗВОДИТЕЛЯ

ОСНАЩЕНИЕ ОТДЕЛЕНИЙ НЕОНАТОЛОГИИ

ПРЕДСТАВИТЕЛЬСТВА В 55 РЕГИОНАХ РОССИИ
+7(495) 780-0793, 8-800-100-44-95; www.dixon.ru

Новости

Программа стала конкретной

Амурская область стала первым субъектом в РФ, защитившим внесенные изменения в региональную программу модернизации здравоохранения Амурской области в Минздравсоцразвития России.

Подписанное соглашение даст право амурскому здравоохранению проводить все финансовые операции с выделенными по программе модернизации средствами, а это более 3,5 млрд руб. Из этой суммы на мероприятия 2012 г. приходится около 2,3 млрд руб. Эти средства будут использованы на укрепление материально-технической базы лечебно-профилактических учреждений. Часть средств будет направлена на внедрение информационных технологий в областном здравоохранении. Самая же большая сумма – свыше 2 млрд руб. – будет израсходована на внедрение стандартов оказания медицинской помощи населению области и медицинские осмотры.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Благовещенск.

Для врачей общей практики

В Нижнем Новгороде открыли еще два офиса врачей общей практики, расположенные в разных концах городской окраины, где преобладает частный сектор.

Новые офисы представляют собой, по сути, мини-филиалы территориальных поликлиник с учетом преобразований, внесенных модернизацией. Здесь созданы все условия для работы персонала и пребывания пациентов. Оборудованы кабинеты терапевта, физиотерапевтический, процедурный, для приема анализов, открыт дневной стационар. Уже с марта в каждом офисе ведут регулярный прием посетителей по два врача, медсестры, регистраторы (которые выполняют также функции санитаров). Коллектив невелик, но вполне справляется с поставленной задачей – укреплять и совершенствовать первичное звено практического здравоохранения региона. И результат такого подхода к делу не замедлил сказаться.

Мини-поликлиника рядом с домом сразу стала востребованной жителями городской окраины, откуда добираться к своему участковому доктору всегда затруднительно.

Сегодня в Нижнем открыто пока 12 офисов врача общей практики, но вскоре подобные ЛПУ добавятся к ним и в других отдаленных микрорайонах. И хотя с января 2012 г. городское здравоохранение перешло в подчинение областной власти, администрация Нижнего Новгорода по-прежнему содействует в подборе муниципальных помещений для открытия новых офисов для врачей общей практики.

Инна ЕВСИКОВА,
соб. корр. «МГ».

Нижний Новгород.

«Лист ожидания» сократится

Главным управлением Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности в Минздравсоцразвития России успешно защищена заявка на медикаменты по Федеральной программе «Семь нозологий» на 2013 г.

В рамках этой программы в регионе проходят лечение больные с такими высокозатратными нозологиями, как болезнь Гоше, гемофилия, муковисцидоз, онкогематология, рассеянный склероз, гипопизарный нанизм, а также после трансплантации органов и тканей.

Заявка на 2013 г. увеличилась на 140,6 млн руб. Это значит, что дополнительно будут взяты на лечение пациенты, находящиеся в настоящий момент в «листе ожидания»: 6 больных муковисцидозом, 165 – онкогематологией, 22 – рассеянным склерозом, 6 перенесших трансплантацию органов и тканей. Всего же лечение получат 1391 человек.

– Кроме того, в настоящее время в Минздравсоцразвития России принята к рассмотрению дополнительная заявка региона на второе полугодие 2012 г. на сумму 154,7 млн руб., – говорит заместитель губернатора Алтайского края Даниил Бессарабов. – Благодаря этому край дополнительно получит препараты по программам «Рассеянный склероз» и «Онкогематология».

По его словам, программа «Семь нозологий» успешно и стабильно работает в крае с 2007 г. С начала года уже отпущено препаратов по 1504 рецептам на сумму 103,8 млн руб. 819 больным. Средняя стоимость рецепта составила около 70 тыс. руб., а средняя стоимость отпущенных лекарственных средств на одного больного – 126,8 тыс. руб.

Алёна ЖУКОВА,
спец. корр. «МГ».

Алтайский край.

Памяти Анатолия Ивановича Малашенкова

29 марта после тяжелой и продолжительной болезни на 73-м году ушел из жизни выдающийся хирург и ученый, один из основателей отечественной сердечно-сосудистой хирургии, заместитель директора Научного центра сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева РАМН, член-корреспондент РАМН Анатолий Иванович Малашенков. Он внес огромный вклад в развитие отечественной хирургии приобретенных пороков сердца, являясь одним из разработчиков интраоперационной кардиологической защиты миокарда, реконструктивной хирургии клапанной патологии сердца и хирургического лечения аневризм восходящего отдела и дуги аорты. Деятельность А.Малашенкова по достоинству оценена Правительством и медицинским сообществом РФ: он награжден орденом «За заслуги перед Отечеством» IV степени и орденом Почета, удостоен Государственной премии РФ и профессиональной премии им. академика А.Н.Бакулева, ему присвоено звание «Заслуженный деятель науки РФ».

Светлая память об Анатолии Ивановиче Малашенкове, выдающемся кардиохирурге, обрасном человеке, навсегда сохранится в сердцах его многочисленных друзей и коллег.

События

Юля открыла счет

Новый родильный дом в городе Кувандыке Оренбургской области порадовал всех



Строительство объекта имеет 15-летнюю историю. Вначале оно велось на средства местного бюджета, затем за счет областного и муниципального - в рамках областной инвестиционной программы. Долгое время объект оставался замороженным.

Решающую роль в завершении строительства сыграл губернатор Оренбургской области Юрий Берг, вступивший в должность около 2 лет назад, - он объявил решительную войну долгостроям в здравоохранении. В 2011 г. правительством Оренбургской области было принято решение о подписании долгосрочного инвестиционного договора для скорейшего ввода объекта в эксплуатацию.

И вот одержана победа над долгостроем. Решен насущный вопрос - ведь прежде помещению Кувандыкского роддома более полувека, оно не соответствует современным требованиям. В новом же будет оказывать помощь беременным женщинам и роженицам со сложной патологией, выхаживать маловесных детей.

Новый объект представляет

собой современный двухэтажный корпус на 40 коек общей площадью 8 тыс. м². Роддом оснащен современной аппаратурой, есть 2 операционные, 5 родзалов, палаты интенсивной терапии для женщин и новорожденных. Созданы комфортные условия для пребывания мам и новорожденных, подготовлены одно-, двух- и трехместные палаты. В каждой – многофункциональные кровати, холодильник, душевая, санузел, биде. Предусмотрено совместное пребывание матери и ребенка, возможность партнерских родов.

Среди главных новшеств – индивидуальные родзалы. В числе нового оборудования – современные куветы для новорожденных, наркозно-дыхательная, следящая аппаратура, неонатальные столы, инфузионные насосы и др.

Поздравляя с новосельем, губернатор подчеркнул: теперь есть все условия для улучшения демографической ситуации. Продолжая мысль, главный врач Кувандыкской ЦРБ Николай Рязанов объявил, что процесс уже начат: накануне торжественного открытия в новом роддоме медики помогли появиться на свет перво-

му ребенку – это девочка Юлия, ее вес 3 кг, рост 51 см. Мама и дочка чувствуют себя хорошо. Затем родились еще два мальчика.

В рамках программы модернизации новый роддом получит статус межмуниципального акушерского стационара. Если вначале здесь будет оказываться помощь жителям Кувандыка и Кувандыкского района, то в перспективе в роддом будут поступать также беременные женщины из соседнего города Медногорска.

По заявлению министра здравоохранения области Сергея Жукова, введено в эксплуатацию учреждение родовспоможения, которое с полным правом можно назвать одним из лучших в области по созданным условиям, оснащению, методикам.

Наталья ЧЕПУРГИНА,
внешт. корр. «МГ».

Оренбург.

НА СНИМКЕ: в церемонии открытия участвует министр здравоохранения Оренбургской области Сергей Жуков (слева).

Фото Ивана АНИСИМОВА.

Акценты

Тяжкое бремя шизофрении

По официальным данным, в России зарегистрировано более 500 тыс. больных шизофренией. Социально-экономическое бремя этого заболевания в 2009 г. составило 196,7 млрд руб., или 0,5% ВВП. Результаты клинко-экономического исследования бремени шизофрении были представлены недавно на VI конгрессе «Развитие фармакоэкономики и фармакоэпидемиологии в Российской Федерации».

В ходе исследования учитывались не только прямые медицинские затраты (расходы на госпитализацию, амбулаторную терапию, затраты на лекарства), но и социальные издержки (выплаты по причине инвалидности, временной нетрудоспособности), а также потери ВВП. Такой подход позволил получить более объективную картину сложившейся ситуации.

90% медицинских затрат составляют расходы, связанные с госпитализацией. Наиболее затратным является лечение часто

госпитализируемых больных – не реже 1 раза в год на протяжении последних 3-5 лет. Это свидетельствует о необходимости принимать меры для снижения частоты и длительности госпитализаций, что, в свою очередь, поможет значительно сократить медицинские издержки.

Социальные издержки в суммарном бремени шизофрении в 2,6 раза превышают размер прямых медицинских затрат. Основные затраты приходятся на пациентов, признанных инвалидами. В этом случае человек перестает трудиться, и его родственники в большинстве случаев тоже вынуждены оставить работу, посвятив себя заботе о больном, что оборачивается экономическими потерями.

Доминирование доли социальных издержек подчеркивает общественную значимость проблемы и свидетельствует о необходимости повышения эффективности терапии и социальной реабилитации больных.

– Оценка бремени шизофрении указывает на высокую ресурсо-

емкость заболевания и низкую эффективность психиатрической помощи, – отмечает ведущий научный сотрудник отделения внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи Московского НИИ психиатрии профессор Евгений Любов.

Для снижения бремени шизофрении в краткосрочной перспективе необходим дифференцированный целевой подход к наиболее затратным категориям пациентов, включающий рациональную фармакотерапию с использованием инновационных лекарственных средств, которые обеспечат приверженность к терапии и восстановление социального функционирования, в сочетании с психотерапией и социальной работой.

– Снижение бремени возможно при реструктуризации психиатрического бюджета за счет перераспределения средств с госпитального звена на амбулаторный этап в сочетании с психосоциальной работой, – отмечает Е.Любов.

Галина САЯПИНА.

Москва.

Официально

О летнем оздоровлении

Заместитель министра здравоохранения и социального развития РФ Максим Топилин провел селекторное совещание по вопросам подготовки регионов к летнему оздоровительному отдыху детей.

В этом году на капитальный и текущий ремонт детских лагерей в региональных и муниципальных бюджетах предусмотрено более 8,8 млрд руб.

М.Топилин отметил, что за прошедшие 2 года, в условиях переданных регионам полномочий по организации детского отдыха, проделана большая работа. Завершается паспортизация детских оздоровительных учреждений, составлены их реестры, организована работа

по страхованию детей от несчастных случаев при доставке к месту отдыха и обратно и на время пребывания в детских лагерях.

«В то же время, – подчеркнул заместитель министра, – самое пристальное внимание должно быть уделено мерам по усилению безопасности и антитеррористической защищенности детских лагерей, организованной перевозке детей к месту отдыха и обратно с участием Госавтоинспекции и подбору квалифицированных педагогических кадров».

В совещании приняли участие представители Минобрнауки, МЧС, МВД, Федерации независимых профсоюзов России, Роспотребнадзора.

Как было сообщено на сове-

щании, в 2011 г. в стране насчитывалось 49 тыс. стационарных учреждений для отдыха и оздоровления детей (в 2010 г. – 48,3 тыс.). Среди них: более 2,5 тыс. загородных оздоровительных лагерей, 451 санаторный оздоровительный лагерь круглогодичного действия, более 45,4 тыс. лагерей с дневным пребыванием детей. Отдых детей также был организован на базе 462 санаториев, 164 учреждений социального обслуживания семьи и детей.

В ряде регионов, в том числе в Республике Бурятия, Приморском и Хабаровском краях, Курской, Липецкой, Пензенской и Тюменской областях, в 2011 г. отдыхом и оздоровлением было охвачено свыше 90% детей школьного возраста.

Кому назначат пособие?

Приказом Минздравсоцразвития России внесены изменения в порядок назначения и выплаты единовременного пособия при рождении ребенка в случае, если родители развелись.

В соответствии с действующим порядком единовременное пособие при рождении ребенка назначается и выплачивается по месту работы или службы одного из родителей, а если родители – студенты или безработные, то органом соцзащиты. При этом право на пособие имеет толь-

ко один родитель, а второй должен представить справку с места работы, что этих денег не получал.

Если на момент обращения за выплатой единовременного пособия при рождении ребенка родители находились в разводе, возникли сложности, например, разведенный супруг отказывался предоставить справку. Сложно было получить единовременное пособие неработающей матери, с которой фактически проживает ребенок, в случае, если родители находятся в разводе, а отец ребенка работает.

«Всё это учтено в новой редакции документа, – поясняет заместитель директора Департамента организации социальной защиты населения Ольга Сошникова. – Если брак расторгнут, единовременное пособие получает тот родитель, с которым остается ребенок. Справки от второго родителя представлять не нужно, потребуется лишь свидетельство о расторжении брака, а также документ, подтверждающий, что ребенок проживает совместно с тем из родителей, кто обратился за пособием».

Стабилизация цен на фармрынке

Итогом лекарственной политики Минздравсоцразвития России за 2007-2011 гг. стала стабилизация цен на фармрынке, формирование современной системы регистрации лекарств, а также значительное увеличение доступности лекарств для сельских жителей. Так, по итогам 2011 г. рост цен на жизненно необходимые и важнейшие лекарственные препараты более чем в 2 раза ниже роста потребительских цен на все товары и услуги.

Государственное регулирование цен на препараты, которые вошли в перечень ЖНВЛП, началось с апреля 2010 г.

Главная задача, которая была поставлена перед системой государственного регулирования цен, – стабилизировать ситуацию

и обеспечить прозрачность ценообразования, чтобы гарантировать доступность основных лекарственных средств.

Такая политика регулирования ценообразования на фармрынке позволила стабилизировать ситуацию с ростом цен, исключив возможность вздувания цены за счет цепочки посредников.

Соб. инф. Москва.

Накануне

Христос воскрес. И ты — живи...

Скоро великий христианский праздник - Пасха! И значит, красить пасхальные яйца будут во многих и многих семьях. Обычай древний, но используемый для этого ассортимент пигментов в последнее время существенно изменился. И оказалось, что некоторые из пищевых красителей отнюдь не безвредны...

Обычай на Пасху подавать к столу и дарить друг другу крашеные яйца имеет очень древнюю историю. Вопрос о том, как этот обычай появился и что символизирует сам по себе, безусловно, интересен, тем более что на сей счет имеется немало версий и легенд, однако сегодня хотелось бы остановиться на совершенно ином его аспекте.

Речь пойдет о том, чем можно, а чем нельзя красить яйца, при-

чем не с точки зрения религиозных канонов, а с точки зрения влияния тех или иных красителей на здоровье человека. Вопрос этот тем более актуален, что в любом нашем супермаркете продают пакетики со специальной краской для яиц. И краски имеются на любой вкус: красные и фиолетовые, зеленые и синие, серые и даже черные, матовые и глянцевые. Вот только насколько они безопасны?

Раньше яйца, как известно, все красили сами, используя натуральные пигменты. Чаще всего с этой целью применяли луковую шелуху: с ее помощью можно получить спектр от светло-бежевого до темно-коричневого цветов. А шелуха красного лука позволяла придать яичной скорлупе даже фиолетовый цвет. Кроме того, для окраски пасхальных яиц использовали свеклу, морковь,

бузину, рябину, краснокочанную капусту, черную смородину, листья плюща, дубовую, яблоневую и грушевую кору, цветки сирени, шпинат, крапиву, ромашку, тмин, шафран, чай, кофе, а порой – при наличии – и более экзотические продукты.

Однако с появлением химических красителей природные пигменты стали применять всё реже, поскольку они уступали синтетическим в яркости, сочности, да и разнообразии цветов. Кроме того, пищевая промышленность поставила окраску яиц на поток, а это, естественно, потребовало унифицированных химических красителей.

Беда лишь в том, что при этой поточной технологии краситель сквозь поры и микротрещины скорлупы порой проникает внутрь яйца, так что у купленных в магазине пасхальных яиц нередко и

Юбилей

Поздравляем!

Исполнилось 60 лет ректору Ярославской государственной медицинской академии профессору Алексею ПАВЛОВУ.

Он родился в Ярославле, в 1975 г. с отличием окончил лечебный факультет Ярославского государственного медицинского института. Вся дальнейшая деятельность Алексея Владимировича связана с alma mater: аспирант, затем ассистент, доцент, профессор, с 1993 г. – заведующий кафедрой гистологии, цитологии и эмбриологии, в 2000–2007 гг. – проректор по научной работе. Одновременно он руководил центром информатизации академии, а в марте 2007 г. избран ректором.

Основные направления его научных интересов – морфогенез и регенерация желез внутренней секреции, информационные технологии в преподавательской работе. Он – автор более 180 научных и учебно-методических работ, под его руководством защищены докторская и 7 кандидатских диссертаций.



Удостоен званий «Заслуженный работник высшей школы Российской Федерации», «Почетный работник высшего профессионального образования РФ».

От всей души поздравляем вас с юбилеем, Алексей Владимирович, желаем крепкого здоровья, счастья, больших успехов в научной и организаторской деятельности.

Коллектив
Ярославской государственной
медицинской академии.

ЦЕРНИЛТОН®

Лекарственное средство для лечения простатита и аденомы простаты

Результаты клинического исследования*
(пациенты с диагнозом простатит принимали по 2 таблетки 3 раза в день в течение 3 месяцев):

- Уменьшение количества лейкоцитов в секрете предстательной железы на 71%
- Уменьшение объема остаточной мочи на 66%
- Статистически значимое уменьшение объема простаты на 9% (по данным ТРУЗИ)
- Уменьшение количества баллов по шкале частоты симптомов с 17,7 до 11,0

ЦЕРНИЛТОН® | таблетки
в аптеках РФ отпускается без рецепта,
по 100 и 200 таблеток в упаковке

ЦЕРНИЛТОН® форте | капсулы
зарегистрирован в РФ в 2011 году,
в продаже с 2012 года

ЦЕРНИЛТОН® производится в США
фармацевтическим концерном
«Graminex LLC» по стандартам GMP

* Журнал «Урология», 2010, №1, «Сравнительное клиническое рандомизированное исследование эффективности и безопасности препарата ЦЕРНИЛТОН® у пациентов с хроническим неинфекционным простатитом», О.И.Аполихин, Ю.Г.Аляев, А.В.Сивков, А.З.Винаров, В.Н.Ощепков, Н.Г.Кешишев, Д.А.Бедретдинова, Н.Д.Ахвледиани; журнал «Экспериментальная и клиническая урология», 2010, №2, «Об эффективности лекарственного средства ЦЕРНИЛТОН® при хроническом неинфекционном простатите», О.И.Аполихин, А.В.Сивков, В.Н.Ощепков, Н.Г.Кешишев, Д.А.Бедретдинова

ООО Группа компаний «Граминекс – фарма» – эксклюзивный представитель фармацевтического концерна Graminex LLC (США) в РФ, странах СНГ и Балтии
Телефон: +7 (499) 124-02-21, www.cernilton.ru

Заседание Научного хирургического общества на Кавказских Минеральных Водах прошло в Пятигорске на базе городской больницы № 1. За многие годы существования это творческое объединение стало хорошей школой и дало путевку высоким достижениям многих хирургов. Как правило, заседания не превращаются в скучные посиделки – это всегда дискуссия знающих людей.

Не был исключением и этот раз, тем более что первый вопрос повестки предлагал уникальный случай – «Венозная тромбэктомия и тромболитизис у больной с флотирующим тромбом бедренной вены и тромбоэмболией легочной артерии после протезирования тазобедренного сустава. Демонстрация больной». Докладчиками были Э.Восканян, Д.Кузнецов.

Перед началом заседания удалось взять интервью у одного из них – президента Ассоциации врачей хирургического профиля и председателя Научного хирургического общества на КМВ заслуженного врача РФ Э.Восканяна.

– Как правило, заседания у нас проходят таким образом, что мы стараемся делать сообщения, доклады об очень интересных случаях, разбираем тематику, актуальную для нашей практической деятельности. Это дает возможность расти: если врач не интересуется новыми достижениями, методиками, не работает с литературой, он теряет квалификацию. Так во всем мире. С этой точки зрения любой доклад, любое сообщение, которое делается на заседании хирургического общества нашей ассоциации, сопоставляется с тем, что происходит в отечественной и зарубежной медицине.

– Эдуард Арсенович, на этот раз была приглашена одна из ваших пациенток, которая была своевременно прооперирована и стала живым ком-

Деловые встречи

На трибуне... пациентка

Ее внимательно слушали на заседании хирургического общества



придуманно-среднестатистическому гражданину, а обычному живому, слава Богу, человеку, благодаря неотложному хирургическому вмешательству.

– Конечно, всё было сделано на уровне современных методик и тактик лечения,

рацию протезирования тазобедренного сустава в Саратове. В последующем у нее возник тромбоз глубоких вен оперированной конечности. И через 3 недели после операции в результате отрыва тромба произошла тромбоэмболия легочной артерии. Мы выявили у нее флотирующий тромб в бедренной вене. Часть этого свободно лежащего тромба в бедренной вене уже оторвалась и попала в сердце и в легочную артерию, но осталась большая часть тромба. И если произойдет повторный отрыв и попадание его

ратом «Альтеплаза». В результате насыщение кислородом крови с 70%, что является критическим, стало нормальным – 98-100%. Такая тактика не только спасла больную от неминуемой смерти, но и привела к излечению и возвращению ей полного здоровья.

Далее состоялось собственно заседание, с демонстрацией диаграмм, статистических выкладок и, соответственно, самой больной. Женщина 57 лет, жительница Пятигорска Галина С., немного смущалась оттого, что волею случая оказалась в центре внимания. От всего происходящего она разволновалась, со слезами на глазах благодарила врачей и, конечно, доктора Восканяна и сказала, что теперь будет отмечать свой день рождения дважды в году: 9 апреля – в день операции, и 20 апреля – по паспорту.

Затем заседание продолжились и с докладами выступили кандидат медицинских наук С.Пак с соавторами – «Установка имплантируемых порт-систем для внутривенного введения лекарственных средств», и кандидат медицинских наук А.Баяхчянц «Пластическая урогинеко-проктология – новое направление в медицине».

Рубен КАЗАРЯН,
соб. корр. «МГ».

Ставропольский край.

НА СНИМКАХ: выступает Э.Восканян; члены Ассоциации хирургов на очередном заседании Научного хирургического общества.

Фото автора.

ментарием и к операции, и к методике лечения...

– Мы хотели, чтобы всё происходило наглядно, достоверно. Уникальность данного случая состоит в том, что у больной после протезирования тазобедренного сустава возник тромбоз нижней конечности, который осложнился тромбоэмболией легочной артерии. Это очень тяжелое острое сосудистое заболевание, которое в большинстве случаев дает печальные результаты, и треть больных погибает. Невозможно применить какое-то лечение, это молниеносная форма.

– **Насколько известно, это острое заболевание не так давно унесло жизнь Людмилы Гурченко, еще раньше – Георгия Жжёнова...**

– Молниеносная форма сразила их в течение 20-30 минут, поскольку помощь не была оказана немедленно.

– **Возвратимся к теме заседания, и к пациенту – не**



принятых и у нас в России и за рубежом. Эта патология протекает многообразно, надо выявить то, что характерно для данного страдания. Нередко заболевание протекает бессимптомно и диагностика затруднена. В данном случае больная перенесла опе-

в легочную артерию, то это закончится трагедией. Поэтому первым этапом была сделана операция по удалению тромба. Затем, после операции, в связи с тяжелой кислородной недостаточностью произведен тромболитизис в легочной артерии специальным препа-

Рядом с нами

Недавно Омский клинический медико-хирургический центр Министерства здравоохранения Омской области пополнился новейшим медицинским оборудованием, необходимым для успешного проведения высокотехнологичных операций и лечения даже самых запущенных заболеваний по современным методикам.

Особенно рады в коллективе отделения микрохирургии кисти, которым руководит врач высшей категории Александр Переладов. В операционном блоке этого структурного подразделения клиники смонтирован и уже опробован на практике уникальный операционный микроскоп известной немецкой фирмы. Это мощное, надежное и удобное в эксплуатации компьютеризованное устройство стоимостью 5 млн 350 тыс. руб. приобретено в рамках Федеральной программы модернизации здравоохранения.

– До сегодняшней новинки мы работали с еще одним германским аппаратом, который прослужил нам больше 20 лет, – рассказал корреспонденту «Медицинской газеты» Александр Александрович. – С помощью новейшего микроскопа мы можем делать сложнейшие органосохраняющие операции, сшивая, например, поврежденные сосуды и нервы диаметром 0,5 и 1 мм. Микроскоп многофункционален, он даже умеет «запоминать» настройки, сделанные под зрение каждого хирурга.

Очень важно и то, что теперь

Тяжелая ноша совершенства

Нагрузка на врачей Омского клинического медико-хирургического центра колоссальная

обеспечивается защита операционного поля (органа пациента) от высыхания тканей благодаря специальной осветительной лампе в микроскопе, которая не нагревается – она холодного света. Плюс возможность посмотреть операционное поле под углом – не всегда же у нас, к примеру, рука лежит горизонтально... Можно повернуть тубус, и не нужно хирургу вытягивать шею, изворачиваться, чтобы что-то увидеть среди тканей...

– **И увидеть не только непосредственно проводящему операцию, скажем, вам... Это так, Александр Александрович?**

– Да, действительно, микроскоп оснащен не одним окуляром, поэтому за тем, что происходит на операционном поле, может наблюдать мой напарник или ассистент, –



подтверждает А.Переладов. – Мало того, от микроскопа отдельно выведен монитор, позволяю-

щий наблюдать за ходом операции со стороны, – коллегам, студентам, специалистам из родственных клиник других регионов России, приезжающим к нам за опытом. И еще, что немаловажно, мы можем записать операцию на видео и сохранить в памяти любого электронного носителя. Можно просмотреть, чтобы потом обучать студентов, молодых хирургов, для научных докладов и конференций и, конечно, для анализа возможных ошибок...

Ежегодно в отделении микрохирургии Омского клинического медико-хирургического центра проводится около 900 операций, в числе которых остеосинтез костей и эндопротезирование межфаланговых, лучезапястных суставов. Новый микроскоп значительно расширил их практиче-

ские возможности, гарантируя и высокое качество высокотехнологических операций. Как, впрочем, и в других специализированных отделениях этого медучреждения, оснащенных недавно в рамках Федеральной программы модернизации здравоохранения компьютерным навигатором нового поколения «Орхопилот», тремя новейшими операционными ортопедическими столами, ВЧ-генератором «Мартин», аппаратом для плазматомии и гемодиализа «Fresenius»...

Этот список можно продолжить, поставив затем точку. Но почему-то думается, что этот материал следует завершить словами Александра Переладова, сказанными на прощание:

– Специальность травматолога становится популярнее, но проблема нехватки этих специалистов очень большая (в некоторых больницах даже ставок нет), поэтому больных со всеми серьезными травмами везут к нам, в Омский клинический медико-хирургический центр. Нагрузка на врачей колоссальная.

Услышат ли это сетование в Министерстве здравоохранения и социального развития РФ, где по-прежнему не торопятся принять решение об обязательном целевом распределении выпускников высших и средних медицинских учебных заведений?

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

НА СНИМКЕ: заведующий отделением микрохирургии кисти Александр Переладов.

Среда обитания современного человека превратилась в среду выживания. Неблагоприятная техногенная обстановка, отсутствие нормально сбалансированного питания приводят к многочисленным нарушениям гомеостаза. Отмечается резкое снижение потребления белков, дефицит витаминов, макро-, микроэлементов, антиоксидантов, энергетических комплексов, падение иммунитета. Поэтому при лечении пострадавших нужно постоянно совершенствовать клиническое мышление врача.

Следует отдавать себе отчет в том, что за последнее десятилетие у нас, в РФ произошло снижение антропометрических данных у детей до 2 лет на 14%. Избыточная масса тела и ожирение наблюдаются у 55% взрослых старше 30 лет. В то же время отмечается резкое увеличение числа лиц со сниженной массой тела, обусловленное дисбалансом в питании.

Дефицит витамина С в пищевых рационах имеется у 70-100% населения, витаминов группы В и фолиевой кислоты - у 40-80%, бета-каротина - у 40-60%, цинка, селена - у 85-100%.

Беспокойство специалистов вызывает недостаток йода в ряде областей. Эндемическим зобом поражены 30% дошкольников и школьников, что приводит к снижению интеллектуальных способностей. Часто встречаются железодефицитные анемии, дефицит кальция (остеопороз, переломы).

До 30% населения страны имеют заболевания пищеварительной системы, от 40 до 80% жителей крупных городов - нарушения обмена, снижение иммунитета.

Нужно постоянно помнить о катастрофе, произошедшей на Чернобыльской АЭС, «накрывшей» 18 областей России радионуклидами-долгожителями (цезий-137, стронций-90, плутоний-239) с соответствующими последствиями. Радионуклиды нарушают сроки сращения закрытых и открытых переломов, отрицательно влияя на начало, середину и окончание фаз консолидации, значительно замедляя последнюю. Обычные сроки иммобилизации увеличиваются в 1,5-2 раза при комбинированных радиационных повреждениях (закрытые или открытые переломы на фоне лучевой болезни). Период полураспада радионуклидов-долгожителей - более 300 лет, радиация сохраняется и постоянно мигрирует. Проживание на зараженной местности далеко не безразлично для врожденного и клеточного иммунитета человека.

Сброс радиоактивных и промышленных отходов в моря и океаны создает постоянную угрозу заражения рыбных продуктов при их употреблении.

При формировании клинического мышления врача следует учитывать лучевые нагрузки пациентов с множественными и сочетанными переломами. Лучевые и другие техногенные нагрузки человек получает и в повседневной жизни. Так, многочасовой авиаперелет сопровождается гамма-облучением в несколько тысяч микрорентген. Облучение в салоне самолета доходит до 300-400 мкР/ч при норме 20 мкР/ч.

Загрязнения атмосферы окислами азота и углерода от воздушного транспорта удерживаются несколько дней, если полет протекает на высоте от 5 до 6 км. Они смываются на землю падающими кислотными дожде-

выми реками. Если полет самолета происходит на значительно большей высоте, то загрязнение стратосферы держится до года. Токсичность современного самолета эквивалентна токсичности 5-8 тыс. легковых автомобилей. Расход кислорода для сжигания топлива равен количеству кислорода, необходимого для дыхания 200 тыс. человек.

Лесные пожары летом 2010 г. в средней полосе России внесли свою лепту в ухудшение экологической обстановки. Вдыхание смога (СО, СО₂) с продуктами неполного сгорания (мелкодисперсные частицы, диоксид от пластмасс) потенцирует нарастающий всплеск онкологических заболеваний легких в течение ближайших 5 лет. Пребывание на

ние вперед. Однако не следует забывать, что среда обитания превратилась в среду выживания (неполноценное питание, продукты «химснаряды» с нитратами, нитритами, пестицидами, тяжелыми металлами, радионуклидами, трансгенные продукты, авитаминозы, микроэлементозы, аллергические реакции, мутации микрофлоры и вирусов, устой-

Необходима концентрация организационных усилий по созданию новых центров по эндопротезированию суставов или образованию их на базах крупных клинических больниц с изучением отдаленных результатов. По нашему мнению, следует разделить травматологию и ортопедию. Это совершенно разные специальности. Одна -

Новые подходы

И клиническое мышление нуждается в модернизации

Это должны учитывать современные травматологи



В клинической практике нужно обязательно знать ориентировочную лучевую нагрузку каждого больного (летчики, химики, подводники, военнослужащие ракетных войск, жители территорий с радиактивными загрязнениями). Необходим ее учет после многочисленных рентгенологических исследований (чаще всего рентгеновские снимки в динамике), которые нарушают процесс формирования белковых коллагеновых структур, минерализацию в начале, в середине и в конце консолидации и отрицательно сказываются на консолидации переломов.

Основной источник загрязнений воздуха - автомобильный транспорт. В выхлопе автомобиля содержится 20 канцерогенных веществ и более 120 токсических соединений. Мышьяк, ртуть, стронций, кобальт, свинец, кадмий, цинк поступают в почву, воздух, воду в значительных количествах.

Повышенное количество цинка, кадмия приводит к заболеваниям зубов и костей. Износ автомобильных покрышек, стирание их поверхностей и асфальта способствуют поступлению кадмия, меди, цинка в окружающую среду.

Пределные и запределные экологические состояния создаются постепенно и непрерывно, особенно в крупных городах.

Замечено, что в районах получения алюминия увеличиваются сроки консолидации переломов у населения в 2-3 раза за счет поступления фтористых соединений в воздух, воду, почву, продукты питания.

«воздухе» некурящего москвича было эквивалентно выкуриванию 5 пачек сигарет (100 штук). Одна выкуренная сигарета создает дефицит витамина С в 25 мг.

Педиатры с тревогой наблюдают за развитием детей-хроников, имеющих одновременно 5-6 заболеваний. В будущем эти дети станут взрослыми-хрониками с укороченным остаточным здоровьем, со сниженным иммунитетом. Поступление этих пациентов в наши больницы, их лечение станет проблематичным (рост воспалительных процессов, осложнений, неудач, многочисленных аллергических реакций). Определенное значение имеет нарко-алкогольная зависимость, которая все чаще встречается даже у детей.

На сегодня под здоровьем понимают состояние полного физического, душевного и социального благополучия при отсутствии болезней и физических дефектов. Нам до этого чрезмерно далеко. В таких условиях увлечение хирургическими способами лечения травматологических больных может приводить к многочисленным осложнениям и неоправданным летальным исходам. Следует заметить, что у нового поколения травматологов, к сожалению, постепенно утрачиваются навыки консервативного лечения.

Внедрение новых технологий остеосинтеза переломов длинных трубчатых костей (изолированные, множественные, сочетанные повреждения), при внутрисуставных, околоуставных повреждениях определяет технический прогресс и движе-

тельность их к антибиотикам, загрязнению воздушного бассейна, питьевой воды, почвы «осколками» лекарств и т.д.). Все это приводит к снижению врожденного и клеточного иммунитета.

Следует обратить особое внимание на прогнозируемое резкое увеличение тяжелых аллергических реакций, связанных с применением металлических имплантатов и вызываемых непосредственно бактериальными липопротеидами и ионами хрома, никеля, кобальта, титана.

Следовательно, в ближайшем будущем прогнозируется закономерный и значительный рост неудач, гнойных осложнений, несращения переломов (замедленная консолидация, увеличение сроков сращения переломов в 2-3 раза, ложных суставов, повторных переломов).

Операция остеосинтеза - не конечный продукт рук человеческих, не венец его творения, она только начало лечения.

Биологический фактор (иммунитет) как главный индикатор обязательно должен учитываться при формировании клинического мышления врача и лечении больных.

Следует признать значительное расширение показаний к хирургическому лечению повреждений. Оперируют даже в тех случаях, когда никаких показаний нет и не может быть.

Травматологические отделения заполняются на 1/3 ортопедическими больными с коксартрозами, с тяжелыми дистрофически-дегенеративными изменениями суставов, с вальгусной деформацией стоп.

экстренная, другая - плановая. Современная травматология превратилась в хирургию тяжелых повреждений (множественные и сочетанные повреждения, огнестрельные ранения, термомеханические повреждения, комбинированные радиационные повреждения, сдавления мягких тканей в сочетании с механическими и термическими повреждениями, травматический шок, осложненный острой массивной кровопотерей и т.д.). В будущем возможны массовые поступления пострадавших, и уже сейчас необходимо готовить поливалентных травматологов.

Следует отметить, к сожалению, что молодое поколение врачей не владеет искусством наложения гипсовых повязок. Оно утрачено. Молодые врачи увлечены только операциями и брейсами (за определенные проценты от фирм, распространяющих их), которые дают только неполноценную иммобилизацию. Гипсовую повязку рано списывать со счетов, она прошла многочисленные войны, доказала свою необходимость применения и, несомненно, пригодится в будущем.

Кто из руководителей знает потребности страны, общее количество необходимых средств для остеосинтеза в чрезвычайных условиях, когда иностранные фирмы, продающие металлические фиксаторы, разбегутся, испарятся?

Сможет ли отечественная промышленность выпустить достаточное количество металлических конструкций?

Есть ли у нас запас прочности, самодостаточный резерв?

Владеют ли современные травматологи местной анестезией, инфузионно-трансфузионной терапией, техникой трахеостомии? И кто их будет выполнять при полной загруженности анестезиологов и реаниматологов в условиях медицины катастроф?

Вот только небольшой перечень тревожных вопросов практической травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии, возникающих сегодня.

**Николай ШИПКОВ,
Евгений БОРИСОВ,**
доценты кафедры травматологии
Российской медицинской академии
последипломного образования.

Ирина ГРИДЧИК,
заведующая отделением
реанимации ГКБ № 15 Москва,
профессор.

**НА СНИМКЕ: у травматолога
немало вопросов, и хорошо,
если есть с кем посоветоваться.**

Фото Александра ХУДАСОВА.

Видный ученый, заслуженный врач РФ, профессор Виктор Поляков внес большой вклад в развитие сердечно-сосудистой хирургии, формирование кардиологической и кардиохирургической службы области. Автор и соавтор 400 научных работ, 5 монографий и 10 учебников, президент Ассоциации кардиохирургов Поволжья, член правления Всероссийского научного общества сердечно-сосудистых хирургов и Европейской ассоциации кардиоторакальных хирургов, Виктор Петрович поднял специализированную медицинскую помощь населению на высокий современный уровень, позволяющий производить весь комплекс операций на сердце, что помогло спасти тысячи больных.

Хирурга жизнь – совсем не мед

Я вместе с медсестрой жду профессора в его кабинете, где всё – свидетельство тонкой натуры хозяина. Картины на стенах, томики стихов на полках, веточка рябины, видимо еще с зимы пламенеющая в белом чайном бокале, и настраивающий на философский лад контраст красок – умиротворяющего душу белого и будоражащего ее смятением алого. Едва я поделилась с вошедшим Поляковым своими ощущениями, как он сразу подхватил разговор:

– Смятение? Сколько его было за все годы! – говорит он, надевая перед зеркалом врачебную шапочку. – Вот оно – на лице, в морщинах да складках. Все следы тревог и потерь...

– Ну что вы, Виктор Петрович, вы же столько жизней спасли! – перебивает его медсестра, протягивая расписание. – А 4 тыс. операций чего стоят! Премий-то сколько – и отечественных и международных. К тому же у вас скоро юбилей, лучше вспоминать о хорошем.

– Вот именно – юбилей... Как раз повод для размышлений, – подчеркивает Поляков и, обернувшись ко мне, продолжает, – Не люблю, когда на самолюбие сироп льют. Хирургия – это суровая реальность. Даже порой жестокая. Ведь операция – всегда агрессия. А уж операция на сердце ни с чем не сравнишь, тем более – на маленьком детском сердце. Каждая операция, на каком бы высоком уровне она ни проводилась, всегда риск. При удачном исходе душа ликует: успех! Но порой на столе остается бездыханное тельце. А ведь столько стараний, столько сил отдано, чтобы малыш жил. И пусть коллеги успокаивают – это редкий случай, не надо так убиваться, по нутру всё равно разливается горечь, которая жжет и разъедает. Родителям нет дела до того, что ребенок был обречен и что хирург даже в таких обстоятельствах старался помочь. Значит, взял на себя часть их боли. Невозможно найти слова, потому что их вообще не существует, чтобы всё объяснить им. Да и не нужны несчастной матери слова ни о критическом состоянии малыша, ни о высокой степени риска, ей нужен ее ребенок, которого уже нет. И хотя позади у хирурга множество вылеченных детей, он помнит лишь о потере. Помнит, перебирая предполагаемые варианты своей вины. Вины, которой не было. Врожденный порок сердца, осложненный комплексом отклонений, оказался не подвластным ни таланту, ни желанию использовать шанс. И, чтобы облегчить душу от смятения, выплескиваешь его в стихотворные строки.

Хирурга жизнь – совсем не мед. Ведь час распятия грядет И – словно смерклося на земле. Остался мальчик на столе... Иду туда, судьбу кланя, Где ждут родители меня. Стекло. За ним они стоят. Я открываю двери в Ад. И тут уже ни до званий и наград, ни до почестей и славы. Остается только вспомнить слова учителей о том, что абсолютной гарантии в медицине не бывает.

Наша коллеги

Рябина красная

Сегодня исполняется 75 лет почетному профессору Самарского государственного медицинского университета Виктору Полякову



И что даровано судьбою

Учителя... Они не только посвящали в суть медицины, но и раскрывали ее проблемы, расширяли диапазон представлений о ее возможностях. Еще студентом, слушая лекции профессора Сергея Либова о возможностях оперативного лечения пороков сердца, Виктор понял, что будущее за кардиохирургией и что она превратится в значимое направление. Когда возглавивший кафедру профессор Георгий Ратнер стал заниматься сердечной хирургией, применяя электрокардиостимуляцию, молодой Поляков работал в туберкулезной больнице, где уже в первые 3 года выполнил более 60 операций на легких, что, между прочим, делалось тогда лишь в Москве и Ленинграде. Тем не менее согласился перейти по приглашению ученого на его кафедру и заняться изучением аритмий. Углубившись в проблемы электрокардиостимуляции, которыми в то время почти не занимались, получил золотую медаль им. А.Л.Чижевского. Именно тогда появилась острая необходимость в многостороннем развитии кардиохирургической службы. Его, уже защитившего докторскую диссертацию, Г.Ратнер рекомендует новой профильной больнице, ставшей потом по инициативе Полякова специализированным областным диспансером.

Не было необходимых условий, оборудования, но были больные, нуждавшиеся в квалифицированном оперативном лечении и, несмотря на эти огромные трудности, Виктор Поляков начал выполнять операции на открытом сердце, применяя общее

охлаждение пациента. Впервые в стране было проведено вмешательство при сложных нарушениях сердечного ритма, начато исправление сочетанных аномалий врожденных пороков. Забот было великое множество, а ему предложили еще и возглавить кафедру детской хирургии, на которую долго не могли найти руководителя. В то время она располагалась на территории двух больниц, далеко от дис-

пансера. И в течение 13 лет Полякову приходилось курсировать между всеми «точками», а потом вставать за операционный стол в диспансере.

Как облегчили жизнь безопасные катетеры, помогающие «утихомирить» сложные аритмии... Оставаясь главной для Виктора Петровича, кардиохирургия не была его единственной заботой. Он думал о том, что технологиями операций владеют в основном специалисты диспансеров, а врачи других больниц не всегда могут их освоить. А ведь всё это важно для помощи больным, для выработки общих подходов

и преемственности в лечении. Подобные размышления могли привести лишь к одному решению – нужна кафедра, где будут совершенствовать свои знания врачи других лечебных учреждений. И по предложению профессора Полякова такая кафедра была открыта в Институте последипломного образования при Самарском государственном медицинском университете. Разумеется, что разместиться она могла только на базе областного кардиологического диспансера и что заведующим мог стать только ее «крестный отец» – Виктор Петрович Поляков.

Почти четверть века кардиологи обновляют здесь свои знания, расширяют профессиональный кругозор, узнают о перспективных технологиях диагностики и лечения. И на лекциях, и на семинарах обсуждаются важные пограничные вопросы. Курсанты считают, что такие обсуждения весьма эффективны – ведь они касаются столь важных проблем, как принципы направления на операцию, начинают лучше понимать отличия экстренных случаев от плановых, показания и противопоказания к ним. Слушатели благодарны за полученные сведения, стараются ничего не пропускать, и прежде всего лекции заведующего кафедрой. Ведь они не только информативны, но и красочны, эмоциональны.

Вообще профессор любит делиться тем, что сам знает. Ему нравится насыщать молодых информацией, стимулировать их мышление каверзными вопросами об особенностях разного вида пороков, давая пищу для самостоятельного мышления. А если надо – растолковывать и вкладывать в сознание. Ведь и его тоже учили с любовью. Помнит, как его преподаватель Владимир Соков, которого он считает великим врачом, еще в институте угадал в нем хирурга и потом доверил ему, 24-летнему выпускнику, провести операцию на легком. Не забывает, как тогдашний наставник Георгий Ратнер подбирал для него тему кандидатской диссертации, которую он защитил в 31 год и после которой через 6 лет стал доктором наук. Учитель также позаботился о том, чтобы ее тема – «Парная стимуляция сердца» обрела жизнь в клинике и принесла практическую пользу. Всё это для него, ныне известного ученого-новатора, не просто факты былого, а прежде всего добрый урок теплого отношения к ученикам. Обдумывая вопросы исследований для них, учитывает многое – психологию натуры и темперамент, диапазон профессиональных интересов и склонность к творчеству. В общем всё, что относится к индивидуальным качествам. А в итоге один получает проблему, заставляющую как следует напрячься, чтобы сказать

свое слово. Другому подбирается что-то попроще, но обязывающее идти вглубь задачи, а третьему для встречи с искомым истиной предстоит переречь значительное информационное поле. При этом профессор прост с учениками, доступен для них и готов к общению. Понятно, что подобная демократизация отношений освобождает от внешних тормозов, которые порой рождает мастищность шефа. Ясно, что это облегчает работу и удлиняет список последователей. Сегодня в нем значатся две говорящие цифры – 7 докторов наук и 22 кандидата.

И звездного часа достиг

Сейчас, в канун юбилея, перечисляя сделанное профессором Поляковым, его коллеги прежде всего вспоминают о том, что именно Виктор Петрович разрабатывал основы специализированной помощи, что именно он был инициатором создания Самарского областного клинического кардиологического диспансера, широко известного сегодня и в стране, и за ее пределами. Здесь трудятся маститые хирурги и талантливая молодежь, выполняются все известные виды кардиохирургических операций, включая уникальные. Обычными стали коррекции врожденных и приобретенных пороков сердца у взрослых и детей, в том числе у новорожденных. Более точно об этом говорит сам юбиляр:

– Самарская кардиохирургия на всё способна. Мы не уступаем ни одному центру в Москве, Новосибирске или С.-Петербурге. К основным направлениям, по которым проводятся операции, в первую очередь, относится ишемическая болезнь сердца. Вторая большая проблема – приобретенные пороки сердца. В настоящее время в нашей стране в связи с наркоманией всё чаще развивается тяжелое воспалительное заболевание клапанов сердца – инфекционный эндокардит. Разрушается клапан, возникает сепсис, больной погибает на глазах. И в этом случае только хирургия может спасти: удалить все воспалительные участки, заменить всё пораженное. Кроме того, примерно 1% детей рождаются с врожденным пороком сердца. Из них в первые полгода умирают больше половины, мало кто доживает до 30 лет. Поэтому таких больных нужно срочно оперировать, другого выхода нет. Следующее направление – хирургическое лечение нарушений сердечного ритма, которое развилось за последние 20 лет.

Врач и ученый, наставник и организатор, он щедро обласкан судьбой, о чем свидетельствует множество наград и званий. Среди них – орден Дружбы, звание «Заслуженный врач РФ», национальная премия «Призвание», премия им. А.Н.Бакулева, звание «Почетный профессор СамГМУ», медаль «Лучший врач России», почетный диплом Всероссийского общества аритмологов. Самарская городская дума избрала профессора Полякова почетным гражданином городского округа. Он – победитель областного конкурса «Народное признание». А еще, что очень приятно журналистам «Медицинской газеты», Виктор Петрович – победитель литературного конкурса им. М.А. Булгакова 2007 г., который проводит «МГ».

Казалось бы, столько сделано, что дыхание должно перехватывать от гордости, но когда я задаю итоговый вопрос: «Что для вас медицина?», он кивает на пламенеющую в бокале веточки и говорит:

– Вот, к примеру, как эти ягоды: смесь чуть уловимой сладости с горечью. В общем, как рябина красная...

Любовь ЛЮБИМОВА,
корр. «МГ».

Самара.

Недавно «МГ» опубликовала отчет о встрече министра здравоохранения и социального развития РФ Татьяны Голиковой со студентами-медиками в рамках всероссийского форума, состоявшегося в С.-Петербурге (см. № 13 от 22.02.2012). И практически одновременно появились две статьи преподавателей медицинских вузов – интервью с членом-корреспондентом РАМН Александром Васильевым, заведующим кафедрой лучевой диагностики Московского государственного медико-стоматологического университета (см. № 12 от 17.02.2012), и проректора по лечебной и научной работе, заведующего кафедрой общей хирургии Башкирского государственного медицинского университета Мажита Нартайлакова (см. № 13 от 22.02.2012). Студенты спрашивали министра о своих проблемах. Преподаватели писали о том, что волнует их. Интересы оказались разными!

Жить хочется лучше, жить хочется веселей...

Вот что интересовало студентов.

Общежитие. Спрашивал представитель вуза, в котором много приезжих студентов, а общежития старые, ветхие и к тому же их не хватает на всех. Актуально? Несомненно. Как можно хорошо учиться, когда жить негде?

Программа «Земский доктор». Есть желающие работать на селе. Похвально! А мы брали молодежь, думающую якобы только о себе, развлечениях и деньгах. Здесь Татьяна Голикова дает обнадеживающий ответ – более 6 млрд руб. выделено на осуществление этой программы.

Двойной вопрос: будет ли ассоциация, которая защитит права врачей, и ассоциация студентов-медиков? На первую часть ответа не последовало, кроме критики в адрес ассоциаций врачей, которые «исходят из того, что надо непременно покритиковать текущий порядок вещей»; «конструктивизма и созидательности от работы этих организаций не возникало». Так видит врачебные ассоциации министерство. Эта тема особая и заслуживает отдельного разговора. А студенческие ассоциации – ради бога. «Для их учреждения не нужно никаких законов», – был ответ. Только (это уже от себя), уважаемые господа студенты, не нужно создавать какие-либо общественные организации при министерствах. Чиновники не любят общественные организации, которые критикуют их. А кто же любит критику?

Зарплата. Конечно, волнует она студента, близкого к выпуску. И семьей обзаводиться приходит время, и жить где-то молодой семье надо, желательно отдельно от родителей. А ждет его после выпуска 10 тыс. «Надо», – последовал ответ, – чтобы в 2013 г. молодой специалист получал зарплату в сумме 20-25 тыс.» Конечно, надо. Ждать осталось недолго.

Еще есть молодые люди, которые хотят заниматься наукой. Не все идут в бизнес. Сетуют только, что приходится «делать науку» «на том же самом оборудовании, что и наши учителя 30 лет назад». Отсюда вопрос: «Есть ли в министерстве отдел, который координирует инновационное обеспечение студенческой науки?» Оказывается в прошлом (!) году создан «специальный департамент». «Приходите (в департамент), готовы побеседовать». А оборудование – «это проблема вуза». «Это – степень желания его руководства развивать тематику научных исследований». В общем, сами виноваты.

И как елей на преподавательскую душу слова студента: «Нельзя забывать о наших педагогах. Пора повысить зарплату преподавателям на теоретических кафедрах (на клинических кафедрах зарплата тоже оставляет желать большего. – Р.А.), без которых подготовка качественных специалистов невозможна». Правильно мыслит молодой человек. Преподаватели об этом говорить стесняются. Интеллигенция! Касками

Ситуация

Министр, студенты, преподаватели...

Почему у нас так боятся задавать «неудобные» для властей вопросы?

стучать на мосту перед Белым домом не будут. В ответ: «У нас есть определенные планы по индексации заработной платы. Они заложены в бюджете». Планов громадьи. Сколько ждать их свершений?

Особенно взволновали министра слова об «обвинении (читай, несправедливом) нашей отечественной медицины» в средствах массовой информации и предложение о «создании честных программ и передач о здравоохранении» (представитель С.-Петербургской государственной медицинской академии). Горячо поблагодарив за высказанное сочувствие, министр сказала: «... всё, что освещается, особенно на федеральных каналах, – это политика СМИ. Мы уже много раз ставили вопрос ребром: ну невозможно всё время слушать умозаключения о том, что врачи – это убийцы. Со своей стороны мы делаем всё возможное, чтобы этот негативный тренд преодолеть».

После некоторого затишья с ток-шоу на ТВ о врачебных ошибках в недавней субботней информационно-аналитической программе вновь зазвучала эта тема. И опять ведущий исполнился «праведного гнева» на врачей. Снова стало обидно за профессию, которой посвятил жизнь. Бичуют следствие, что легче всего, а не причину. И никакими словесными министерскими усилиями не преодолеть «негативный тренд»; равно как и созданием «честных программ и передач». Прессу больше интересует негатив. И это правильно. Позитив должна замечать власть и поощрять наградами и званиями особенно позитивно отличившихся. А негатив, на который указывают СМИ, должно, отнюдь, не преодолевать или не замечать, или гасить властными приемами, а фиксировать, анализировать и рядом эффективных адекватных мер изживать. СМИ же, на мой взгляд, – должны не бичевать следствие, а помочь власти, если компетентны, выявить причины. Как раз о некоторых причинах писали в своих статьях в «МГ» вышеназванные авторы. Им слово несколько ниже.

Что обратило особое внимание при прочтении отчета о беседе министра со студентами-медика-

ми, так это отсутствие вопросов о качестве обучения. На занятиях я иногда спрашиваю, знают ли они что-нибудь о правах студента. Обычно пожимают плечами. Не знают. Беседа с министром показала, что, в принципе, знают. Но это были продвинутые молодые люди – председатель профсоюзной организации студентов (Алтайский ГМУ), председатель союза студентов и аспирантов (Уральская ГМА), председатель научного студенческого общества (Курский ГМУ). Но и их не

жащих материальных, правовых, клинических условий, отвечающих современным требованиям к подготовке врачей, которыми руководствуется, в частности, Всемирная федерация высшего медицинского образования.

Как пишет профессор Александр Васильев, «к сожалению, эта планка (качество образования. – Р.А.) не высока, с тенденцией к снижению уровня подготовки врачей». «Сегодня снижение уровня медицинского образования – это, скорее,

стать, в какую непростую ситуацию он попадет – со студенческой скамьи в «полюмя» практического отечественного здравоохранения. Нигде в цивилизованном мире такого нет. Его учили «в отрыве от лечебного процесса». Преподаватели были лишены возможности «обучать студентов у постели больного». Он не обрел практических навыков работы с больным, навыков общения с пациентами и коллегами по работе. Ни заведующие отделениями, ни старшие ординаторы больницы

заинтересовало, как министр оценивает качество подготовки будущих врачей. Спрашиваю своих студентов, а что-нибудь слышали о праве на достойное качество преподавания, обучения? Вас не беспокоят далекие от минимального комфорта ус-

фактор системного провала нашего ведомства (не уточняется, Минздравсоцразвития или Минобрнауки. – Р.А.) по образованию. Посмотрите, какое количество лет ведутся разговоры о клинических базах медицинских университетов, но – законода-

доучивать его не будут. Времени у них на это нет – руки не дойдут до недоученных врачей. Он будет предоставлен сам себе. Наделает много ошибок – диагностических, лечебных, деонтологических... Естественно, это даст повод писать и говорить с экранов телевизоров о плохих врачах. И вряд ли удастся министерству «преодолеть негативный тренд». Можно «ставить вопрос ребром», но лучше обратить внимание на те условия, в которых осуществляется подготовка врачей.

Есть еще один существенный момент. Существовало положение о том, что сразу после окончания вуза выпускник не должен допускаться к самостоятельной работе. Существовало две интернатуры – городская и клиническая. Первая осуществлялась врачами больницы, вторая – сотрудниками клинических кафедр. Первую упразднили, потому что убедились, у врачей больницы нет ни времени, ни сил, ни опыта доучивать свежеспеченных коллег. Теперь упраздняют и вторую – клиническую интернатуру. Как всегда, правовое обеспечение отстает от энергичных волевых решений.

Нет возможности цитировать далее. Внимательному постоянному читателю «МГ» эти высказывания знакомы. Газета много внимания уделяет проблеме подготовки кадров.

Руководители всех рангов охвачены лихорадкой модернизации. Закупается дорогое, суперсовременное медицинское, отнюдь не отечественного производства, оборудование. Всплывают «компьютерно-томографические» злоупотребления. Но модернизацию надо начинать с людей, которым будет доверена вся остальная модернизация. В здравоохранении – с подготовки врачей, отвечающих суперсовременным требованиям. Тогда и техническая модернизация пойдет эффективнее, без всяких сомнительных коллизий.

Рудольф АРТАМОНОВ,
профессор.

Москва.

НА СНИМКЕ: есть надежда, что это поколение будущих врачей будет более смелым.

Фото Юрия ЛУНЬКОВА.



ловия проведения занятий на клинических кафедрах, доступность, точнее недоступность, по цене учебников и другой учебной литературы? Пожимают плечами. Никто не спросил, посещала ли Татьяна Алексеевна клинические больницы, служащие базой медицинских вузов, видела ли, что занятия проводятся в ряде случаев в холле больничного коридора, в подвале, в учебной (кавычек не хватает для этого прилагательного) комнате, где на одного студента приходится чуть больше одного квадратного метра площади. А занятия длятся 6 академических часов, 90% времени проходит в учебных комнатах, потому что выход группы студентов в отделение больницы для демонстрации тематического больного не приветствуется ни заведующим отделением, ни вышестоящими инстанциями больницы.

Может быть, это проявление той самой распространенной тенденции – не задавать власти неудобные для нее вопросы?

...Учить хочется лучше, учить хочется как следует

«МГ» много раз писала о том, что для обучения клиническим дисциплинам не создано надле-

тельно – воз и ныне там». «... надо законодательно решить вопрос о возможности студентов 5-6-х курсов легитимно осуществлять курацию больных на клинических базах».

Проректор Башкирского ГМУ Мажит Нартайлаков: «Многие чиновники от здравоохранения восторженно комментируют его (законопроект «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». – Р.А.). Но вот преподаватели медицинских вузов разочарованы: интересы вузов отражены практически лишь в одной, 77-й статье. «... многочисленные предложения и обращения в Минздравсоцразвития и Госдуму РФ о клиническом статусе преподавателей вузов не нашли, к сожалению, отражение в этом законе». «Мы сейчас вынуждены обучать студентов в отрыве от лечебного процесса». «Не могут они (преподаватели. – Р.А.) обучать студентов у постели больного». «Отлученные от лечебной деятельности преподаватели теряют свою квалификацию».

Если министерство, в самом деле, предполагает ликвидировать интернатуру, и выпускник медицинского вуза сразу станет приступать к самостоятельной работе в ЛПУ – поликлинике или стационаре, нетрудно себе пред-

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 19 (1622)

В последние 20-25 лет особое внимание в педиатрии стали привлекать заболевания билиарного тракта (БТ), под которым, согласно современным воззрениям, подразумевают не только желчный пузырь, внутри- и внепеченочные желчные протоки, но также сфинктеры Мириizzi, Люткенса, Одди, регулирующие пассаж желчи. Нарушения деятельности сфинктеров может иметь патогенетическое значение при некоторых заболеваниях желчного пузыря, например хроническом холецистите, или рассматриваться самостоятельной нозологической формой (синдром Мириizzi, оддит). Положение, что многие болезни взрослых, в том числе органов пищеварения, начинаются в детском возрасте, не только является аксиомой, но обуславливает внимание педиатров, терапевтов, хирургов, специалистов по лучевой диагностике, морфологов, клинических генетиков и др. Примечателен факт высокой хирургической активности в отношении желчного пузыря, в частности по поводу желчнокаменной болезни, ранее считавшейся у детей казуистикой.

Триггером как к интенсивному, так и экстенсивному изучению болезней БТ явилось внедрение в клиническую практику методов медицинской интраскопии: ультрасонографии, компьютерной томографии (КТ), магнитно-резонансной томографии (МРТ), гепатобилисцинтиграфии (ГБСГ). У детей начинает применяться мультиспиральная компьютерная томография, что существенным образом повышает точность диагностики, в значительной степени снижая уровень лучевой нагрузки на организм ребенка. Золотым диагностическим стандартом остается эндоскопическая ретроградная холецистопанкреатография (ЭРХПГ). В основе этих диагностических методов лежат идеи и исследования Н.И.Пирогова.

Комплексное применение этих методов, наряду с биохимическими, иммуноморфологическими, генетическими и другими методами исследования дало возможность уточнить причинно-значимые факторы некоторых заболеваний БТ, определить лечебную тактику и комплекс профилактических мероприятий. Появилась возможность рассматривать болезни желчного пузыря, желчных протоков, сфинктерного аппарата с позиций патологии билиарного тракта, когда болезненные процессы и/или состояния в живом организме можно интерпретировать с учетом классических представлений патологической анатомии и физиологии. В первом случае речь идет об изменениях в строении органов и тканей, вызванных болезненными процессами, во втором – о нарушении функции органов и организма в целом при его заболеваниях.

Именно дисфункциональные расстройства желчного пузыря и сфинктера Одди придается немаловажное значение в патогенезе холелитиаза, а также синдрома холестаза. В то же время дисфункциональные расстройства БТ занимают свое место среди прочих функциональных нарушений органов пищеварения.

Дисфункциональные расстройства билиарного тракта, ранее обозначавшиеся как дискинезии желчевыводящих путей, эти патологии представляют собой клинический симптомокомплекс, обусловленный моторно-тонической дисфункцией желчного пузыря, желчных протоков и их сфинктеров. Сам термин, определение, а также классификация дисфункциональных расстройств БТ приняты в 1999 г. на международной конференции в Риме. Дисфункции БТ различают по:

- 1) этиологии — первичные и вторичные;
- 2) локализации — дисфункция желчного пузыря и дисфункция сфинктера Одди;
- 3) функциональному состоянию — гиперфункция и гипофункция.

Важно подчеркнуть, что констатация первичных дисфункций является обоснованной при исключении других заболеваний органов пищеварения. Причины дисфункций различны, но чаще они возникают на фоне общего аллергоза, эндокринных нарушений, могут быть следствием невроза и т.п. В анамнезе у детей с первичными дисфункциями БТ отмечаются перинатальная энцефалопатия, повышение внутричерепного давления. У больных имеются нейровегетативные изменения и психоэмоциональные нарушения. Именно таким детям свойственны гипертонические формы дисфункций как желчного пузыря, так и сфинктера Одди.

Вторичные дисфункции БТ, наблюдающиеся у детей с различными заболеваниями и возникающие по типу висцеро-висцеральных рефлексов, расцениваются как сопутствующие. Они нередко являются следствием перенесенных ребенком инфекционных заболеваний: вирусного гепатита, кишечных инфекций, гельминтозов, паразитозов. Причиной дисфункций могут быть оперативные вмешательства на органах

Билиарная патология в детском возрасте

брюшной полости, особенно желчевыводящих путей или гастродуоденальной зоны пищеварительного тракта. Для вторичных дисфункций характерны гипотонические формы расстройств БТ.

Если дисфункции желчного пузыря хорошо известны педиатрам, то диагностика нарушений деятельности сфинктера Одди (СФО) стала возможной в последние годы, когда в клинической практике начала применяться динамическая гепатобилисцинтиграфия (ДБСГ) с использованием радиофармпрепаратов с ^{99m}Tc. Гиперфункция СФО проявляется сильными схваткообразными болями в правом подреберье, напоминающими желчную колику с иррадиацией в спину, под правую лопатку. Боли провоцируются психоэмоциональными и физическими перегрузками, нередко пищевыми погрешностями. Установление этиологии гиперфункции СФО не всегда возможно. У детей, хотя значительно реже, чем у взрослых, гипертонус сфинктера может быть обусловлен воспалительным процессом либо самого большого дуоденального сосочка, либо соседних органов.

Значительно чаще определяется гипофункция или недостаточность СФО, причем не только у детей с заболеваниями БТ, но также желудка, кишечника, поджелудочной железы (40%). Немаловажно, что при недостаточности СФО вследствие дуоденобилиарного рефлюкса создаются условия для развития панкреатита, холестаза, так называемого «ферментативного» холецистита. Дети жалуются на тупые, реже приступообразные боли в правом подреберье, тошноту, отрыжку, рвоту. Боли могут быть ранними, возникающими спустя 10-30 минут после еды или поздними, то есть появляющимися через 1,5-2 ч.

Особый интерес к дисфункциям СФО обусловлен тем, что нарушение деятельности его связано с возросшей хирургической активностью на желчевыводящих путях, в частности с выполнением лапароскопической холецистэктомии. Допускается роль дисфункций СФО в развитии постхолецистэктомического синдрома.

Возросший в последнее время интерес к дисфункциональным расстройствам БТ как у детей, так и у взрослых, обусловлен риском образования билиарного сладжа, по современному воззрению являющегося протостадией желчнокаменной болезни. Немаловажно, что у таких детей, как, впрочем, и у взрослых, в дальнейшем возможно формирование камней не только в желчном пузыре, но также в желчных протоках. Камнеобразование, по нашим данным, происходит у каждого пятого ребенка с первично установленным сладжем.

Аномалии развития билиарного тракта. До широкого внедрения в клиническую практику ультрасонографии распознавались рентгенологами или хирургами при проведении оперативных вмешательств на органах брюшной полости. Отсутствие четких определений аномалий развития, которые подчас отождествляются с пороками развития, создает трудности как диагностического, так и лечебного характера. По мнению Л.Линденбрата и К.Таточенко, следует различать:

– вариант, когда имеется полное сохра-

нение всех функциональных возможностей организма;

– аномалию, при которой индивидуальные особенности в строении органа при определенных условиях могут быть основой для вторичного патологического процесса;

– порок (уродство). Классическим примером порока являются атрезии внепеченочных и внутрипеченочных желчных протоков. Если при внепеченочной атрезии желчных ходов в случае ранней диагностики и своевременно выполненной успешной реконструктивной операции прогноз у ребенка может быть благоприятным, то при внутриспеченочной атрезии желчных протоков единственным шансом на спасение больного является ортотопическая трансплантация печени.

Выделяют аномалии развития желчного пузыря и аномалии развития желчных протоков. Они могут быть изолированными, но нередко сочетаются, например, S-образный желчный пузырь и гипоплазия печеночного

Если распознавание острого холецистита и холангита, имеющих характерную клиническую картину и подтверждающихся результатами лабораторных и инструментальных исследований в целом нетрудно, то диагностика хронического холецистита сложна, а хронического холангита – проблематична.

Острый холецистит, как правило, проявляется картиной острого живота, что требует немедленной госпитализации. У детей, помимо острых приступообразных болей, одновременно отмечаются тошнота, многократная с примесью желчи рвота, повышение температуры тела до 38,5-39,5°C и более. Определяются симптомы раздражения брюшины, в частности симптом Щёткина — Блюмберга. В крови лейкоцитоз ($12 \times 10^9/\text{л}$ — $20 \times 10^9/\text{л}$), нейтрофилез со сдвигом влево, увеличение СОЭ. При лабораторном исследовании выявляют повышенные энзимы, являющиеся биохимическими маркерами холестаза (щелочная фосфатаза (ЩФ), γ -глутамилтранспептидаза (γ -ГТП),

лейцинаминопептидаза (ЛАП) и др.), белков острой фазы воспаления (СРБ, преальбумин, гаптоглобин и др.), билирубина. С помощью ультрасонографии и компьютерной томографии определяют утолщение стенок желчного пузыря, а также желчных протоков, расширение их. Речь, таким образом, может идти о холецистохолангите, поскольку воспалительный процесс, не ограничиваясь желчным пузырем, может распространяться и на желчные протоки, включая большой дуоденальный сосочек (оддит). Как следствие длительного протекающего воспалительного процесса в области сифона, то есть холо-пузырной воронки, функциональная деятельность желчного пузыря (депонирование желчи с последующим ее выделением) нарушается. Подобное состояние обозначается как отключенный, или нефункционирующий желчный пузырь.

Основной морфологической формой острого холецистита является катаральная, которая у некоторых детей может трансформироваться в флегмонозную и гангренозную, тем самым обуславливая необходимость хирургического лечения. Острый холангит, представляющий собой тяжело протекающее заболевание, при несвоевременной диагностике или нерациональном лечении может заканчиваться летальным исходом. Характерна триада Шарко: боль, лихорадка, желтуха. Высокий риск развития печеночной и почечной недостаточности, септического шока и комы. Диагностические приемы те же, что при остром холецистите.

Хронический холецистит перестал фигурировать среди заболеваний органов пищеварения, хотя до внедрения в педиатрическую практику эндоскопических методов исследования был основным диагнозом у детей, предъявлявших жалобы на боли в животе и диспепсические расстройства. У взрослых, напротив, хронический или бескаменный холецистит сохранил свое место в структуре болезней печени и желчных путей. Изменение структуры заболеваний с преобладанием гастрита, дуоденита отнюдь не случайно. Верификация поражений желудка и двенадцатиперстной кишки стала возможной благодаря эзофагогастродуоденоскопии с прицельной биопсией слизистой оболочки (СО) и последующим морфологическим исследованием биоптатов. Существенное значение имело определение *Helicobacter pylori*, так как выраженная обсемененность СО желудка свидетельствовала в пользу его поражения. Одновременно пересматривались клинико-инструментальные критерии диагностики хронического холецистита. Дуоденальное зондирование, являвшееся диагностическим эталоном, по своей информативности уступило место методам медицинской интраскопии, в первую очередь ультрасонографии. В связи с анатомо-топографическими взаимоотношениями желчного пузыря, желудка, двенадцатиперстной кишки, поджелудочной железы, общностью крово- и лимфообращения, возможно сочетанное поражение этих органов пищеварения. К тому же клинические проявления заболеваний гастро-дуодено-панкреато-билиарной зоны пищеварительного тракта настолько однотипны, что не позволяют на ранних этапах

на наш взгляд, разнообразие аномалий БТ являются своего рода стигмами дисэмбриогенеза пищеварительной системы, наподобие внешних стигм, нередко выявляемых у детей (20-25%).

Одной из актуальных проблем не только педиатрии, но и гастроэнтерологии являются острые и хронические болезни БТ, в частности желчного пузыря и желчных протоков.

Воспалительные заболевания билиарного тракта, наряду с дискинезиями желчевыводящих путей, являющимися 30 лет назад основными среди болезней органов пищеварения в детском возрасте, в настоящее время воспринимаются неоднозначно.

патологического процесса осуществлять топическую диагностику.

Тем не менее считается с вероятностью развития хронического холецистита в детском возрасте необходимо. Это убедительно подтверждают результаты морфологического исследования оперативно удаленных желчных пузырей, когда у детей с холелитиазом определялся вялотекущий хронический воспалительный процесс с исходом в дистрофию и склероз. Чрезвычайно важным является обнаружение уплотненных и утолщенных стенок желчного пузыря. Именно этот факт подтверждают эхографические признаки – уплотнение и утолщение стенки желчного пузыря в качестве диагностических критериев хронического холецистита. У детей дошкольного возраста заболевание часто протекает под маской дисфункциональных расстройств БТ, у школьников – гастродуоденита.

Хронический холангит в диагностическом отношении представляет еще большую клиническую проблему, чем холецистит. Заболевание может возникнуть в результате паразитарной инвазии, попадания инородных тел (после операции), проведения эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии. Поражение желчевыводящих протоков наблюдается при синдроме Кароли, кисте общего желчного протока, сдавлении опухолью либо увеличенными мезентериальными лимфоузлами. Осложнением болезни Крона является первичный склерозирующий холангит.

Клинические проявления неспецифичны. Возможны признаки интоксикации, субфебрилитет, изменения в крови. С диагностическими целями осуществляют клинико-лабораторные и инструментальные исследования. Диагностическим подспорьем может быть наличие у больного клинико-лабораторного синдрома, обозначаемого как холестаза. Синдром характеризуется кожным зудом, желтушностью кожных покровов и повышением в крови экскреторных энзимов (ЩФ, ЛАП, γ -ГТП, 5-нуклеотидазы, β -глюкоронидазы), конъюгированного билирубина.

К обменно-воспалительным заболеваниям билиарного тракта относятся желчнокаменная болезнь (ЖКБ) и холестероз желчного пузыря.

Несмотря на многолетние исследования, общепризнанной классификации ЖКБ не существует. Предложенная в свое время Х.Мансуровым стадия нарушений физико-химических свойств желчи в результате секреции печенью литогенной желчи, не получила клинического применения из-за необходимости проведения биохимических (с определением в порциях дуоденального содержимого холестерина, желчных кислот, фосфолипидов и др.) и микроскопических (с обнаружением кристаллов холестерина и билирубина) исследований. Однако отсутствие возможности выполнения подобных исследований в клинических учреждениях здравоохранения не позволило использовать их в качестве скрининговых на амбулаторном этапе, а применение этих методик лишь в стационарных условиях не решало вопросов профилактики ЖКБ.

Синдром Зудека – сложное заболевание не очень ясного генеза. Наиболее часто его называют рефлекторной симпатической дистрофией конечностей, посттравматическим остеопорозом, вегетативно-ирритативным или нейро-дистрофическим синдромом, альгодистрофией. Этот разброс названий сам по себе ярко говорит о неясности его характера, особенно патогенеза.

Нередко этиологическим фактором болезни выступает травма конечности, при этом вовсе не обязательно, чтобы она была сильной. Разумеется, что и выраженные травмы могут стать причиной болезни.

Наиболее часто поражаются верхние конечности – лучезапястные суставы. Нередко болезнь начинается с переломов. По данным Л.Николовой, в 62% случаев болезни причиной становится перелом лучевой кости. Поражаются также и нижние конечности, хотя и значительно реже (примерно у 1/3 больных).

Анализ случаев заболевания говорит о том, что существенную роль в возникновении дистрофического процесса играют дефекты лечения на этапах вправления и иммобилизации (неумение снять боль или недостаточная аналгезия, неправильная репозиция, ошибки в наложении гипсовой повязки как по ее формированию, так и по продолжительности и т.д.).

В то же время немало и таких случаев, где никаких переломов нет и травма незначительна. Вследствие этого высказывается довольно распространенное мнение, что в

В этой связи внимание привлекло обнаружение с помощью ультрасонографии осадка в желчном пузыре, обозначаемого в англоязычной литературе как сладж (sludge – муть), во франкоязычной как liquide echogene intravesiculaire (внутрипузырная экзогенная жидкость). Наличие билиарного сладжа может быть бессимптомным, но у некоторых детей отмечаются боли в животе и диспепсические расстройства. Связано это с тем, что, проходя по протоковой системе, сладж раздражает богатую болевыми рецепторами слизистую оболочку желчных путей, особенно сфинктерного аппарата. Динамические наблюдения за детьми, имеющими билиарный сладж, свидетельствуют о возможности формирования конкрементов у каждого пятого ребенка.

Как последующая стадия ЖКБ рассматривается формирование желчных камней. У детей, как и у взрослых, последние могут обнаруживаться случайно, в частности при эхографическом исследовании органов брюшной полости. Такого рода камненосительство клинически не проявляется, например, при большом по размеру конкременте, находящемся в безболезненной зоне или в дне желчного пузыря, либо имеющиеся симптомы интерпретируются неправильно.

Наконец, третья стадия характеризуется выраженной клинической картиной, включая желчную колику и развитие механической желтухи.

Холестероз желчного пузыря, практически неизвестный педиатрам, представляет собой заболевание, при котором эфиры холестерина и другие липиды откладываются в эндотелиальных клетках слизистой оболочки пузыря. Пропитанная желчью, она имеет красноватый цвет с мелкими желтыми вкраплениями и напоминает поверхность спелой клубники или земляники. В случае значительного накопления липидов в слизистой оболочке в полость пузыря выступают образования, напоминающие полипы. Такое предположение возникает, когда эти образования при ультрасонографии трактуются как полипы. Однако при гистологическом исследовании структура полипа не определяется. Этиология и патогенез холестероза не установлены. Существует предположение, что откладываются в слизистой оболочке пузыря холестерина обусловлено избыточным его содержанием в желчи. Кроме того, допускается нарушение активности макрофагов подслизистого слоя с одновременным повышением синтеза липидов в слизистой оболочке желчного пузыря.

Холестероз желчного пузыря (ЖП), относящийся к группе холецистозов, до недавнего времени выявлялся лишь при гистологическом исследовании оперативно удаленных желчных пузырей. Впервые в педиатрии с помощью современных методов медицинской интраскопии холестероз ЖП удалось верифицировать дооперационно.

Интерес с холестерозу желчного пузыря, по нашему мнению, в дальнейшем будет возрастать по следующим причинам:

– во-первых, при выполнении хирургических вмешательств характерные изменения слизистой оболочки пузыря у взрослых

определяются в 5-45% случаев;

– во-вторых, холестероз может быть у детей, что подтверждается результатами специальных морфологических исследований;

– в-третьих, рассматривая холестероз с позиций заболевания, обусловленного нарушениями обмена веществ, следует предполагать его более частое обнаружение у детей, особенно с учетом увеличения в последние годы нарушений липидного обмена среди детского населения;

– в-четвертых, холестероз может протекать по типу синдрома «правого подреберья», когда у ребенка длительное время наблюдаются боли неуточненного происхождения в верхней половине живота, дискомфорт, метеоризм.

Паразитарные поражения билиарного тракта у детей всегда вероятны в эндемичных зонах, но также могут быть в регионах, где частота распространения гельминтозов и простейших не столь высока. Наиболее часто заболевания БТ отмечаются при аскаридозе (класс нематод), описторхозе, фасциолезе, клонорхозе (класс трематод). Хорошо известны поражения БТ при лямблиозе. Патогенез паразитарных поражений БТ окончательно не изучен. Значение придается механическому фактору, так как внедрение аскарид в желчные и панкреатические протоки обуславливает развитие механической желтухи, а также острого панкреатита и клинической картины острого живота. В острой стадии описторхоза, клонорхоза и фасциолеза гельминты попадают в общий желчный проток, далее во внутрипеченочные протоки, повреждая ткани их в процессе миграции. Сдавление желчных протоков возможно альвеококковыми узлами и эхинококковыми пузырями.

Необходимо подчеркнуть, что гельминтозы, наряду с протозоозами являются социально опасными как для самого больного, так и для окружающих. Это делает проблему паразитарных поражений БТ у детей весьма актуальной.

Опухоли билиарного тракта крайне редки у детей по сравнению со взрослыми, у которых в возрасте 60-70 лет они составляют около 5% всех злокачественных новообразований. Тем не менее возможность опухолей БТ должна учитываться и у детей, так как установлена связь холангиокарциномы, наиболее часто локализующейся в общем желчном протоке и области бифуркации общего желчного протока (70%), с такими заболеваниями, как язвенный колит, дефицит α -1-антитрипсина, синдром Кароли, атрезия желчных ходов, клонорхоз, описторхоз.

В желчном пузыре могут быть полипы, аденоматозные образования. Так, полиповидные разрастания эпителия желчного пузыря выявлены у 6% детей с холелитиазом. Такие морфологические изменения, как аденоматоз стенки желчного пузыря, установлены у детей с ЖКБ: с камненосительством у 18%, с клиническими проявлениями – у 25%, с желчной коликой – у 40%. Последствия этих и других морфологических изменений желчного пузыря у детей не ясны. Такие дети должны, на наш взгляд, составлять особую группу риска, в

частности по развитию новообразований.

Следует считаться с редкими заболеваниями у детей. К ним относятся синдром Алажиля – Уотсона – Миллера, при которых имеет место гипо- и аплазия желчных путей. При биопсии печени с последующим патогистологическим исследованием выявляют малое количество желчных протоков. Редко встречается первичный склерозирующий холангит, причем у детей односторонне диагностируют хронические воспалительные заболевания кишечника. К врожденным заболеваниям относят синдром (болезнь) Кароли, который характеризуется наличием сегментарных мешотчатых расщирений внутрипеченочных желчных протоков.

Рассмотренные заболевания (поражения) БТ могут быть представлены как вариант рабочей классификации, с целью упорядочения номенклатуры болезней желчного пузыря и желчных протоков, в диагностике которых на современном этапе приоритет имеют методы медицинской интраскопии: ультрасонография, КТ, ГБСГ, ЭРХПГ, магнитно-резонансная томография.

Рабочая классификация болезней билиарного тракта

Аномалии развития:

- желчного пузыря;
- желчных протоков;
- сочетанные.

Дисфункциональные расстройства:

гипотония и гипертония желчного пузыря и сфинктера Одди.

Воспалительные:

- холецистит;
- с сохраненной функцией ЖП;
- отключенный ЖП;
- холангит;
- холецистохолангит;
- оддит.

Обменно-воспалительные:

- желчнокаменная болезнь;
- билиарный сладж;
- камненосительство;
- клиническая форма;
- холестероз ЖП.

Паразитарные

Опухолевые

Редкие

Внедрение в клиническую практику функциональных, иммунологических, генетических и иных методов исследования, безусловно, будет способствовать как дальнейшему улучшению диагностики заболеваний БТ, так и совершенствованию лечения и профилактики их.

Анатолий ЗАПРУДНОВ,
заведующий кафедрой педиатрии
с инфекционными болезнями
у детей факультета усовершенствования
врачей Российской национальной
исследовательского медицинского
университета им. Н.И.Пирогова,
профессор.

Любовь ХАРИТОНОВА,
профессор кафедры.

Людмила БОГОМАЗ,
доцент кафедры.

Синдром Зудека

генезе заболевания большую роль играет нервная система, но какова же эта роль, к сожалению, не ясно. Считается, что при травме возникают сосудистая дистония и нарушение проницаемости стенки капилляров, развиваются микроциркуляторные нарушения, тканевая гипоксия и др.

Высказывающие такое мнение считают, что оно подтверждается результатами клинико-рентгенологических, осциллографических, реовазографических и капилляроскопических методов исследования, проведенных у таких больных. Но одно возражение легко разбивает это мнение: почему тогда оно развивается лишь у незначительной части больных с такими травмами? Ведь изменения должны возникать у всех больных с типичными переломами и травмой, однако в жизни этого не бывает. Это свидетельствует о том, что даже этиология болезни, не говоря уже о патогенезе, еще далека от разгадки.

Пытаясь прорваться сквозь такие возражения, ряд авторов (А.Бурьянов и др.) опираются на то, что у пациентов с синдромом Зудека ими выявлены нарушения функций вегетативных центров, желез внутренней секреции и активности местных тканевых гормонов. А это ведет к стойким расстройствам местного кровообращения, которые

на ранней стадии заболевания состоят в нейрогенной вазоконстрикции сосудов, а также в дилатации прекапиллярных сфинктеров. Происходит также функциональное истощение симпатической нервной системы, падение нейрогенного тонуса микрососудов, в особенности венул.

Всё же подобные гипотезы остаются гипотезами, малоубедительными и затеоретизированными. В таких исследованиях не выдержаны положения доказательной медицины, исследования не проведены слепым методом, с рандомизацией и репрезентативностью групп травмированных с синдромом и без него. В любом случае они не дают ответа на вопрос, почему такие явления возникают у одних и не имеют места у других травмированных лиц.

Ряд авторов ссылаются на значимость эндокринных факторов – гормонального дисбаланса гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой и гипоталамо-гипофизарно-гонадной систем у таких пациентов. Говорится, что у женщин с синдромом Зудека выражено снижение содержания эстрогенов в плазме крови и повышена гонадотропная функция гипофиза. К сожалению, и эти исследования выполнены не на доказательном уровне и едва ли могут быть приняты как верные гипотезы.

Большое значение в формировании синдрома Зудека многие авторы придают стрессу. Выявлено, что 80% пациентов с данной патологией имели в предшествующий период жизни серьезные стрессовые ситуации. Возможно, что такое явление имеет место, однако ясно, что оно ничего не объясняет в патогенезе болезни. Может быть, стресс и играет роль какого-то пускового или развивающего фактора, однако в чем это выражается, какие механизмы он запускает, остается совершенно не ясным.

Клинические проявления. Различают ряд клинических вариантов болезни, однако мы остановимся лишь на так называемом дистальном варианте, когда поражаются дистальные суставы кистей или стоп. Собственно, именно такая патология и носит название синдрома Зудека. Другие же формы (распространенный, проксимальный) носят другие эпонимические названия, хотя и относятся к данной патологии.

Прежде всего, следует сказать, что синдром возникает вовсе необязательно после тяжелой травмы с переломами. Нередки случаи, когда эта болезнь проявляется после кажущейся незначительной травмы кисти или сустава. Разумеется, что у многих она развивается после переломов кисти или стопы, как об этом говорилось выше.

(Окончание следует.)

Ибрагим ШАМОВ,
профессор.

Дагестанская государственная
медицинская академия.

Одна из сторон социальной жизни современного общества – наличие большого числа лиц, которых традиционно относят к числу социально неблагополучных, социально дезадаптированных или социально уязвимых. По оценкам экспертов ООН, инвалиды составляют 10% общей численности населения планеты. В России за последние годы отмечается тенденция к увеличению числа инвалидов (1995 г. – 6,3 млн, 2004 г. – 11,4 млн, 2010 г. – 13,2 млн, что составило почти 10% всего населения России). Ежегодно признаются инвалидами около 3,5 млн человек, в том числе более 1 млн – впервые.

Среди людей с ограничением жизнедеятельности особую группу составляют индивиды с анатомическими нарушениями функции выделения в виде стомы кишечника или мочеточника – так называемые стомированные больные, стомированные пациенты, стомированные инвалиды. Разнообразие дефиниций связано, прежде всего, как с отсутствием единой концепции в идентификации и самоидентификации таких пациентов, так и с нынешним однобоким медицинским подходом к процессу их реабилитации.

Загадочное понятие

Независимо от разнообразия определений индивидов со стомой, вполне уместно будет назвать их жертвами социальной эксклюзии. За последние годы во всем мире наблюдается значительный рост числа людей, перенесших операции на кишечнике и мочеточнике с наложением стомы. В России такое понятие, как стома, до сих пор остается для многих загадочным и неведомым.

Кишечную стому – рукотворное отверстие, произведенное хирургическим путем, выводящее пищеварительный тракт или мочеточники пациента наружу, через брюшную стенку, часто называют противоестественным задним проходом, так как опорожнение кишечника осуществляется не через естественный задний проход, а через отверстие, сформированное на передней брюшной стенке.

Стома не имеет замыкательного аппарата, стомированные люди не чувствуют позывов и не могут контролировать процесс опорожнения. Поэтому актуальнейшей, жизненно важной и социально значимой задачей является постоянное наличие, доступность и бесперебойное и своевременное обеспечение, с первых дней после операции по наложению стомы, современными техническими средствами реабилитации медицинского назначения – средствами ухода за стомой, – кало- и мочеприемниками и сопутствующими материалами к ним.

Необходимость в стоме возникает тогда, когда кишечник или мочевой пузырь не способны функционировать. Причинами этого может быть врожденный дефект (у детей), болезнь (опухоль, полипоз, язвенный колит и др.) или травма (ранение).

Стома с психологической точки зрения (при отсутствии средств ухода и реабилитационных мероприятий) – это изоляция от общества, потеря учебы, работы, семьи и даже суицид. Именно поэтому инвалиды со стомой являются нуждающимися в особой социальной защите.

Стомированные люди обладают большим жизненным потенциалом, так как у них нет увечий, резко ограничивающих физические или умственные способности, они не требуют социальной изоляции, как психически больные, а своевременное оказание разносторонней помощи в решении их проблем способствует полному возвращению их к нормальному, полноценному образу жизни. Без наличия современных технических средств реабилитации и благоприятных условий их доступности социальная реабилитация стомированных людей невозможна.

Лица с анатомофизиологическими нарушениями функции выделения в виде стомы кишечника или мочеточника сегодня составляют многочисленную социально-демографическую группу населения России. Возрастной состав: от детей-грудничков до людей пожилого возраста. Ввиду отсутствия полной статистической базы данных по стомированным инвалидам путем

Проблемы и решения

Не делайте их изгоями!

Система реабилитационной помощи стомированным инвалидам в России нуждается в серьезной реорганизации

расчета на основе эмпирических данных ожидаемое число может составлять около 120-140 тыс. человек. Процент стомированных людей в разных регионах составляет от 0,05 до 0,1.

Постепенный статистический охват стомированных инвалидов происходит за счет бесплатного обеспечения их специальными, жизненно важными техническими средствами реабилитации через уполномоченные органы в соответствии с действующим законодательством: региональные отделения Фонда социального страхования, региональные центры социального обслуживания населения и немногочисленные отделения или кабинеты медицинской реабилитации стомированных больных на базе колопроктологических и онкологических лечебных учреждений России. К настоящему времени постепенно складывается наиболее точная статистическая база данных более чем на 60 тыс. человек. Так, число стомированных людей в Москве – около 9 тыс. человек; в Московской области – около 3 тыс.; в С.-Петербурге – около 5 тыс.

Основной причиной стомирующих операций является высокий уровень заболеваемости колоректальным раком и высокий процент его запущенности (78-100%). Заболеваемость раком прямой кишки по России составляет 12,8 на 100 тыс. населения, раком ободочной кишки – 14,9 на 100 тыс. населения.

Рак толстой кишки занимает второе место среди всех злокачественных опухолей желудочно-кишечного тракта, им в Москве ежегодно заболевает 3,2-3,5 тыс. человек.

Ежегодно в столице, по данным Департамента здравоохранения Москвы, производится около 2,5 тыс. операций по наложению стомы (в 2000 г. таких операций было 2198, в 2005 г. – 2484, в 2008 г. – 2465, в 2010 г. – 2650). Соответственно, рост количества стомирующих операций повлиял на прирост численности стомированных пациентов, примерно от 3 до 5% в год. В процентном отношении причины наложения стомы распределяются следующим образом:

- онкологические заболевания кишечника (в том числе мочевого пузыря и предстательной железы) – 91,5%;
- неспецифический язвенный колит, болезнь Крона – 3,5%;
- полипоз – 2%;
- врожденные пороки и другие заболевания – 1,5%;
- механические повреждения кишечника или мочевыводящих путей – 1,5%.

Анализируя данные, собранные в регистре стомированных больных отделения реабилитации стомированных больных городской клинической больницы № 24 Москвы, можно определить возрастной состав стомированных инвалидов в Москве: до 16 лет – 0,8%, от 16 до 25 лет – 1,6%, от 25 до 39 – 8%, от 40 до 49 – 15,8%, от 50 до 59 – 28,5%, от 60 до 69 – 27,5%, от 70 до 79 – 16,3%, от 80 до 89 – 1,1%, от 90 лет – 0,4%.

Распределение стомированных пациентов по основным типам стом следующее: с выводом тонкой кишки (илеостома) –

реабилитационных учреждений различных организационно-правовых форм и форм собственности, видов и типов; органов управления и подведомственных структур.

Объем и содержание социальной реабилитации лиц с ограничением жизнедеятельности зависит в немалой степени от тех принципов, которыми руководствуются в своей деятельности субъекты реабилитации, общество в целом, государство, организующее и реализующее соответствующие социальные программы.

По нашим исследованиям, сре-

комплекса реабилитационных мероприятий и услуг. Кроме того, в стране до сих пор не определена функционально-планировочная структура реабилитационных учреждений с учетом их номенклатуры и типа. Существующая практика создания реабилитационных учреждений не имеет научной основы, лишена концептуального подхода.

Особое значение в выявлении сущности и социальной природы реабилитации, на наш взгляд, имеет реализация информационного подхода к проблеме реабилитации и адаптации социально неблагополучных и социально

9,6%, с выводом толстой кишки (колостома) – 88,2%, с выводом мочеточника (уростома) – 2,2%.

Как показывает статистика, для 65% стомированных людей взаимосугубляющими факторами дезинтеграции и социального исключения являются старость и инвалидность с онкологическим акцентом. Другая основная возрастная группа – 35% – «продуктивная группа», которой необходимо создать условия самосохранения в социальном статусе.

Так как стома – это не болезнь, то здоровье и ограничение жизнедеятельности индивидов со стомой нельзя рассматривать с позиции болезни, равно как и дефиниция «стомированный больной», очень условна. Признаки и симптомы нарушения функционирования стомированного человека необходимо рассматривать с позиции функциональных возможностей органов и систем, снижение которых становится для индивида барьером, препятствующим его социализации.

Стоматерапия – новое слово в нашем лексиконе

В соответствии с существующим законодательством реабилитация инвалидов в России проводится на основе индивидуальной программы, разрабатываемой на комиссии медико-социальной экспертизы в определенном порядке. Регламентированы порядок, условия разработки, эффективность проведенных реабилитационных мероприятий, документальное обеспечение и формы контроля. Определение содержания программы реабилитации, рекомендуемая последовательность ее выполнения, выбор предпочтительных реабилитационных технологий, внесение рекомендуемых технических средств реабилитации, информационное обеспечение процессов реабилитации, оценка эффективности возложены на учреждения медико-социальной экспертизы.

Собственно реабилитационные мероприятия проводятся в реабилитационных учреждениях различной подчиненности и вида: государственных и негосударственных организациях и учреждениях медицинского, социально-профессионального и социального профиля.

Согласно действующему законодательству, система реабилитации инвалидов в Российской Федерации представляет собой совокупность реабилитационных программ и государственных реабилитационных стандартов;

ди приоритетов государственной социальной политики – создание развитой сети реабилитационных учреждений только для традиционной группы инвалидов: с нарушениями опорно-двигательной системы, инвалиды по зрению, инвалиды по слуху, включая детей-инвалидов.

Анализ литературы по проблеме организации реабилитационных учреждений различного профиля для стомированных инвалидов в Российской Федерации свидетельствует об отсутствии в сфере социальной защиты специализированных структур, осуществляющих реабилитационные мероприятия по интеграции стомированных инвалидов в общество с учетом специфики ограничений их жизнедеятельности. Нет ни одного специализированного лечебно-профилактического учреждения санаторно-курортного типа либо хотя бы специализированного отделения для осуществления рекреационных мероприятий, проведения оздоровительного воздействия для стомированных инвалидов.

Инвалидность у людей со стомой кишечника или мочеточника является следствием ограниченности функций организма, однако возможности стомированных инвалидов не всегда ограничены. Ограничение жизнедеятельности носит процессуальный характер и зависит от средовых факторов. Это процесс, когда в результате нарушения телосложения, функций организма или условий окружающей среды деятельность стомированного человека или функционирование его органов становится затруднительным или невозможным; в качестве причины ограничения жизнедеятельности может выступать непригодность окружающей среды для социализации, например, недостаток или несовершенство реабилитационных программ, медицинских и социальных услуг. Подчеркивая разницу понятий, следует отметить, что ограниченность жизнедеятельности стомированного человека выступает как характеристика его инвалидности, которая носит социальный характер, и задача по преодолению средовых ограничений является общей задачей общества.

Отсутствие данных о характеристике инвалидов со стомой, о потребности таких инвалидов в различных видах реабилитации является значительным препятствием для создания сети реабилитационных учреждений, перспективного планирования

уязвимых лиц. Успешность решения проблемы напрямую зависит от полноты информационного обеспечения направлений реабилитации, наличия современных средств связи и коммуникации, информационной поддержки управления и создания возможностей для принятия межведомственных интегральных решений.

Информационная разобщенность усилий, направленных на изучение проблем потребностей стомированных инвалидов, приводит к тому, что и численно, и структурно эти контингенты увеличиваются и усложняются, и роль общества всё больше сводится к фиксации проблемы, ее описанию и учету, а не регулированию и управлению. Интегрального социального механизма разрешения проблем стомированных людей до сих пор не выработано. Одним из начальных этапов обеспечения информационного единства управления реабилитацией может стать создание банка данных лиц с особыми социальными потребностями.

Развитие практики создания реабилитационных учреждений разного вида и назначения представляет собой основу для формирования соответствующих банков данных. Остается недостаточно развитой теоретической и методологической базой проблемы комплексной реабилитации лиц с анатомическими нарушениями функции выделения в виде стомы кишечника или мочеточника.

Приведем пример. Из резолюции Всероссийской конференции «Реабилитация стомированных больных», состоявшейся в Уфе в 2001 г.: «До сих пор нет точной цифры, свидетельствующей о реальном количестве стомированных людей в Российской Федерации. Расчеты, основанные на заболеваемости населения болезнями толстой кишки, показывают, что в России в настоящее время проживает более 160 тыс. таких людей. Даже в специализированных стационарах стомы заканчивается каждая третья операция на толстой кишке».

Другой пример, из доклада на заседании Московского общества хирургов в 2009 г.: «В нашей стране в силу исторических и экономических причин служба помощи стомированным больным начала развиваться с 90-х годов, преимущественно в центральных регионах на базе крупных специализированных колопроктологических и онкологических клиник. До 2004 г. лишь в 8 из 89 регионов России функционировали кабинеты оказания помощи стомированным больным.

Ввиду отсутствия налаженной службы на федеральном уровне не существует единого регистра больных с кишечной стомой. Поэтому в настоящее время мы не располагаем достоверными данными о количестве стомированных пациентов в России. Ориентируясь на выявленное число больных в регионах с развитой инфраструктурой здравоохранения, общее число пациентов со стомой в России составляет от 100 тыс. до 120 тыс.»

В настоящее время на основе специально разработанной компьютерной программы «Регистр стомированных больных», что оказалось возможным благодаря созданию специализированных кабинетов медицинской реабилитации помощи стомированным пациентам – так называемых стомакабинетов, в Москве зарегистрировано около 9 тыс. пациентов, в С.-Петербурге – около 5 тыс. На настоящий момент география расширилась до 40 регионов, и на учете в кабинетах или отделениях реабилитации стомированных больных в общей сложности по России зафиксировано около 60 тыс. стомированных пациентов.

Противоестественный способ отведения кишечного содержимого или мочи, к которому неизбежно ведет формирование стомы, изменяет жизнь человека драматическим образом, вынуждая его обучаться уходу за вновь созданным задним проходом или оригинальным выходом мочеточника, что сопровождается изменениями стереотипа социального поведения. Одним из основных условий успешной адаптации к изменившимся обстоятельствам жизни и интеграции в общество является еще и отсутствие поздних параколостомических осложнений.

Понятия «стоматерапия», «стомакабинет», «стоматерапевт», уже полвека как существующие в большинстве стран мира, сравнительно недавно вошли в наш лексикон. Однако это не связано с появлением новой дисциплины или неизвестного ранее заболевания, требующего специального исследования и лечения. Стоматерапевтическая помощь за рубежом является видом медицинской помощи. Представителями этого направления в медицине являются, прежде всего, специально обученные медицинские сестры. Именно их в других странах называют стоматерапевтами. Стомакабинет – это специализированный кабинет, в котором оказывают медицинские услуги пациентам, имеющим стому. Курирует работу стомакабинета профилированный врач. Стоматерапевты также участвуют совместно с хирургами в предоперационной подготовке пациента, которому предстоит стомирующая операция, а именно, производят выбор наиболее удобного места вывода стомы, что является важным фактором качества жизни человека со стомой и от чего зависит эффективность реабилитационных мероприятий.

В нашей стране все перечисленные понятия еще не имеют юридического утверждения в правовых документах и в структуре медицинских учреждений прописаны как кабинет или отделение реабилитации стомированных больных. Медсестра проходит обучение азам ухода за стомированными пациентами на специализированных курсах. А обучающая дисциплина называется «Уход за стомой», либо «Медицинская реабилитация стомированных больных» или похожая вариация, но не как не «Стоматерапия».

Но в любом случае стоматерапевтическая помощь является важнейшим звеном и непрере-

мым критерием комплексной реабилитации, переходным этапом от медицинской реабилитации к социальной.

В зависимости от того, какой участок кишечника или мочеточника выводится на стенку живота, определяется тот или иной вид стомы. Проведенный анализ анатомо-физиологических особенностей вывода стомы кишечника или мочеточника показывает большое разнообразие их видов, что обуславливает специфику инвалидности стомированных пациентов, необходимость подбора под каждый вид стомы определенного специального технического средства реабилитации (ТСР) – калоприемника или мочеприемника и средств ухода за кожей вокруг стомы. Подбор данных средств ухода за стомой по типу, виду, размеру, количеству должен учитывать индивидуальные особенности строения тела человека со стомой, наличие дефектов тела и даже возраст. Также должно проводиться обучение в их практическом применении и обеспечение ими стомированных пациентов.

Кроме того, наличие стомы у пациентов предполагает их регулярный прием специалистом с целью наблюдения, профилактики возникновения осложнений стомирования, коррекции образа жизни и обеспечения средствами ухода за стомой.

Субъекты реабилитации

Таким образом, характерной особенностью компетентного обслуживания пациентов со стомой кишечника или мочеточника является наличие службы реабилитации стомированных больных (стоматерапии). В Москве всего два отделения реабилитации стомированных больных для взрослых, и только для стомированных с кишечной стомой, (в ГКБ № 24 и Государственном научном центре колопроктологии Минздрава России). Для стомированных детей совсем недавно было создано отделение реабилитации в Российской детской клинической больнице.

Перечисленные три субъекта профессиональной реабилитационной помощи стомированным больным находятся в Москве, но между ними отсутствует согласованность и взаимодействие. Каждый из них принадлежит к различным ведомствам, отсюда возникают проблемы информационного обмена и единой статистической базы данных.

Существующие еще примерно в 40 регионах Российской Федерации структурные подразделения медицинской службы реабилитации стомированных больных при крупных лечебно-профилактических учреждениях созданы по аналогии предстациональных субъектов профессиональной реабилитационной помощи. Они имеют такие же задачи и направления деятельности. Четкости в определении количества существующих кабинетов или отделений медицинской реабилитации нет в силу отсутствия координации во всей структуре реабилитационной помощи. Кабинеты реабилитации, возникающие на энтузиазме врачей и, в некоторых случаях, активности самих пациентов, имеют хаотический порядок и зачастую также исчезают, по мере угасания заинтересованности руководителей медицинских учреждений и регионального управления здравоохранения.

К следующему субъекту профессиональной реабилитационной помощи стомированным инвалидам следует отнести Бюро медико-социальной экспертизы.

Медико-социальная экспертиза осуществляется, исходя из комплексной оценки состояния организма на основе анализа клинично-функциональных, соци-

ально-бытовых, профессионально-трудовых, психологических данных свидетельствуемого лица с использованием классификаций и критериев, разрабатываемых и утверждаемых в порядке, определяемом Правительством РФ.

Исходя из изучения и исследования структуры оказания медико-социальной помощи стомированным пациентам, Бюро МСЭ является первым как по факту, так и на законодательном уровне, звеном или этапом длинного, извилистого, очень сложного маршрута стомированного индивида по пути к его ресоциализации. Правовые аспекты данного утверждения подтверждаются тем, что обслуживание индивидов со стомой в немногочисленных отделениях или кабинетах реабилитации стомированных больных в медицинских учреждениях РФ возможно лишь при наличии инвалидности, то есть справки МСЭ и, в большинстве случаев, индивидуальной программы реабилитации. Получив оба документа, человек, имеющий стому, приобретает социальный статус – инвалид. И только будучи стомированным инвалидом, имеет законодательное право получать медико-социальную помощь через кабинеты и отделения реабилитации стомированных больных и соответствующее обеспечение жизненно необходимыми техническими средствами реабилитации.

Как показали наши исследования на основе компьютерных баз данных регистров стомированных больных, подавляющее большинство стомированных инвалидов при получении группы инвалидности проходят по профилю – общее заболевание, вне зависимости от этиологии заболевания. Отсюда невозможность получить статистику по стомированным через Бюро МСЭ. Они просто растворяются в «общем заболевании».

Если рассматривать Бюро МСЭ как субъект профессиональной реабилитационной помощи стомированным инвалидам, то необходимо подчеркнуть формалистский подход к специфическим особенностям стомированного человека. К сожалению, подавляющее число специалистов отделений Бюро МСЭ плохо представляют специфические особенности ограничения их жизнедеятельности. Оформление разделов индивидуальной программы реабилитации стомированного инвалида происходит формально. В свою очередь, необходимость в данном субъекте реабилитационной помощи со стороны человека, перенесшего стомирующую операцию, заключается не как в реальном проводнике по пути реабилитационных мероприятий к высшей цели – интеграции в общество, а как к спасительной и в большей степени патерналистской. В особенности это касается вопроса обеспечения жизненно важными средствами ухода за стомой, без которых реабилитация, какой бы она ни была и как таковая, теряет смысл.

Таким образом, после Бюро МСЭ следующим важным субъектом реабилитационной помощи становится уполномоченный орган по обеспечению стомированных инвалидов жизненно важными и жизненно необходимыми специальными техническими средствами ухода за стомой. В соответствии с российским законодательством, к уполномоченному органу, осуществляющему функции обеспечения инвалидов ТСР, либо выплачивающему денежную компенсацию за самостоятельно приобретенные инвалидом ТСР, являются региональные отделения Фонда социального страхования (в одних регионах)

или отделения центров социального обслуживания органов социальной защиты населения (в других регионах).

Следует отметить, что и механизм обеспечения специальными ТСР стомированных инвалидов через уполномоченные органы субъектов РФ не отлажен и претерпевает в настоящее время очередное преобразование – передача полномочий обеспечения ТСР инвалидов от отделений Фонда социального страхования РФ региональным отделениям центров социального обслуживания. Состояние системы обеспечения ТСР инвалидов, в том числе инвалидов со стомой, является неудовлетворительным.

Кроме рассмотренных государственных участников реабилитационного процесса, необходимо отметить еще и производителей специальных ТСР для стомированных инвалидов. Данное утверждение основано на том, что без ТСР, к которым относятся калоприемники, мочеприемники, дополнительные комплектующие и аксессуары к ним, средства ухода за кожей вокруг стомы, реализация как отдельных реабилитационных мероприятий, так и всего реабилитационного процесса в целом невозможна. Более того, от качества ТСР напрямую зависит качество реабилитационного процесса и жизни стомированных инвалидов.

Немалое влияние на развитие реабилитационного процесса, наряду с компаниями-производителями, оказывают и поставщики жизненно важной продукции для стомированных инвалидов. В доказательство такого утверждения приведем следующий довод. В соответствии с существующим российским законодательством, (Федеральный закон № 94-ФЗ), путь продукции от производителя до ее непосредственного потребителя выстроен через систему региональных аукционов и торгов, проводимых ранее описанными государственными участниками реабилитационного процесса стомированных инвалидов.

В проводимых этими государственными структурами торгах участвуют компании-поставщики, то есть компании, являющиеся посредниками и зачастую ничего общего не имеющие ни с медициной, ни даже с социальной защитой. Но влияние данных поставщиков-посредников на процесс реабилитации стомированных инвалидов огромно. От своевременности, бесперебойности поставляемых инвалидам со стомой ТСР, которые являются расходным материалом, используемым ежедневно, сменяемым, также зависит реализация реабилитационных мероприятий, сам процесс реабилитации и качество жизни стомированных инвалидов.

Влияние компаний-поставщиков на реабилитационный процесс стомированных инвалидов огромно еще и потому, что именно они являются непосредственными игроками на рынке важной продукции, влияя на выбор ТСР, ассортимент, со значительной взаимосвязью с ценой.

К сожалению, влияние этих компаний-посредников, при существующих правилах и законодательстве, на реабилитацию и качество жизни стомированных инвалидов в большинстве своем негативное. Основным аргументом для победы на аукционе, согласно Федеральному закону № 94, всем печально известному, – это низкая цена. Под эту самую цену подгоняются всевозможными способами технические характеристики средств ухода за стомой, удовлетворяющие коммерческие компании и организаторов аукционов, но не как не стомированных инвалидов. В нашей стране производство специальных ТСР не развито. Поэтому эта продукция ввозится из-за рубежа. И ввиду того, что некоторые компании,

борясь за рынок и собственную выгоду, ввозят продукцию самого низкого качества и устаревшую, которой в развитых странах уже не пользуются, они успешно побеждают на аукционах, отвергая высококачественные ТСР, но более дорогие. Либо проводят через аукционы продукцию одного класса качества, а после аукциона реально поставляют – более низкого класса. Контроля за конечным результатом нет. Также нет мониторинга за реабилитационной эффективностью средств ухода за стомой. Поэтому качество жизни стомированных инвалидов и сама интеграция их в общество всё еще остаются под вопросом.

Рассмотрев государственные и коммерческие субъекты реабилитационной помощи стомированным инвалидам, необходимо отметить еще одного негосударственного и некоммерческого субъекта реабилитационной помощи и важного участника реабилитационного процесса – общественные организации стомированных пациентов.

Работа общественной организации стомированных пациентов в значительной степени усиливает взаимодействие между всеми участниками реабилитационного процесса, повышает эффективность реабилитационных мероприятий на всех этапах реабилитационного процесса, начиная с медицинского (привлечение волонтеров от общественной организации на предоперационную психологическую подготовку и сразу после операции). Кроме того, там, где отсутствуют государственные участники реабилитационного процесса, эту нишу заполняют общественные организации инвалидов со стомой, конечно, в немедицинской части реабилитационных мероприятий. Участие общественных организаций стомированных пациентов в мероприятиях по оказанию стомированным индивидам психологической помощи и поддержке, информационно-правовой поддержке, участие в социальной помощи, социокультурных мероприятиях и др., позволяет называть общественные организации стомированных пациентов субъектом социальной работы, негосударственным и некоммерческим субъектом реабилитационной помощи. Причем для повышения эффективности реабилитации необходимо рассматривать самого индивида со стомой как равноправного участника реабилитационного процесса.

Состояние эксклюзии, в котором оказалась многочисленная социально-демографическая группа населения России за последние 20 лет – стомированные инвалиды, характеризующее степень нарушения связей во взаимодействии стомированного человека через его жизненные силы в его жизненном пространстве, в окружающем его общественном пространстве, есть социальное явление, требующее тщательного изучения.

Очевидно, что уже назрела необходимость в создании инновационной модели реабилитации стомированных инвалидов, которая должна объединить существующие разрозненные островки по оказанию реабилитационной помощи, структурировать систему управления реабилитационным процессом и развить еще неохваченные ею области.

Вячеслав СУХАНОВ,
ведущий научный сотрудник
лаборатории медико-социальной
реабилитации,
кандидат социологических наук.
Московский государственный
медико-стоматологический
университет.

Среди медиков, да и общественности в целом сейчас проявляется характерная тенденция. Радует, что число выживших недоношенных детей постоянно растет. Огорчаем, что увеличивается количество тех из них, кто впоследствии может ослепнуть от перенесенной ретинопатии.

О борьбе с этим страшным заболеванием мы попросили рассказать главного детского офтальмолога Минздравсоцразвития России, заместителя директора по научной работе НИИ глазных болезней им. Гельмгольца, руководителя отдела патологии глаз у детей, заслуженного врача РФ, профессора Людмилу КАТАРГИНУ.

— Современные возможности неонатологии позволяют сохранить жизнь глубоко недоношенным детям с массой тела от 500 до 1000 г. Это младенцы, пробывшие в утробе матери всего 25-27 недель вместо 38-40 положенных, а средний вес родившегося в срок ребенка составляет примерно 3 кг.

Всё это, безусловно, создает для медиков и родителей массу проблем, связанных с состоянием здоровья младенца, его бронхо-легочной и сердечно-сосудистой систем, головного мозга и, конечно, глаз. Ведь глаз — это очень уязвимый, тонко организованный орган. И когда к моменту преждевременного рождения его формирование не завершено, световоспринимающая оболочка еще бедна сосудами, а богата клетками, их предшественниками и вазоактивными субстанциями, создается опасная ситуация. А именно, у целого ряда недоношенных прекращается процесс нормального развития сетчатки и происходит патологический рост сосудов и соединительной ткани, который и получил название ретинопатии недоношенных (РН).

— Но вначале, Людмила Анатольевна, расскажите, пожалуйста, вкратце о самом заболевании, его сути.

— Согласно международной классификации в развитии РН выделяют 5 стадий. Первая стадия — «линии», когда появляется четкая граница между сосудистой и бессосудистой сетчаткой. Тревожный симптом, свидетельствующий о начале развития этого заболевания.

Затем сосуды начинают «ветвиться» в области этой линии, которая приподнимается, развивается вторая стадия — «вала». В обеих стадиях процесс нередко подвергается самопроизвольному обратному развитию, не оставляя существенных изменений, влияющих на зрение. В этих стадиях лечения не требуется.

Грозные симптомы появляются на третьей стадии заболевания — экстраретинального роста. Растущие сосуды и вместе с ними

Наше интервью

Зрением рисковать нельзя

Сделать всё, чтобы с увеличением числа выживших недоношенных младенцев не возрастало количество ослепших детей



соединительная ткань выходят за пределы сетчатки в полость стекловидного тела. Именно тогда возникает ситуация, когда должны вмешаться офтальмологи для сдерживания дальнейшего прогрессирования заболевания, ведущего сначала к частичной отслойке сетчатки (четвертая стадия), а затем и тотальной (пятая стадия). В этих стадиях зрение резко снижается, практически до слепоты.

— И это происходит при всех новейших достижениях медицины, и в частности офтальмологии?

— Да, несмотря на то, что мы многое понимаем в патогенезе данного заболевания, научились его лечить. Основных причин беды две. Первая — это поздняя диагностика РН, связанная с отсутствием налаженной системы выявления заболевания. Все недоношенные дети, у которых есть риск развития РН, должны осматриваться офтальмологом в 4-5-недельном возрасте, а затем — по мере необходимости, в зависимости от состояния глазного дна. Второе — тяжелое состояние ребенка и ненадлежащие условия выхаживания, не соответствующие современным протоколам. Чем хуже протекала беременность, чем тяжелее состояние ребенка на момент преждевременного рождения, тем выше риск прогрессирования заболевания до терминальных стадий, ведущих к слепоте.

— Парадоксально, когда глубоко недоношенных детей не спасали, не выхаживали, не было и проблемы ретинопатии?

— Безусловно. Эта проблема рождена нами же — врачами.

Так, частота РН в группе риска, по данным разных источников, составляет 17-35%, а у детей с экстремально низкой массой при рождении (менее 1000 г) она достигает 60-90%. Повторюсь, что у менее зрелых и соматически более отягощенных недоношенных РН развивается не только чаще, но и тяжелее, трудно поддается лечению стандартными методами. В отсталых странах и регионах недоношенных практически не выхаживают и сейчас, и там заболевания нет.

— Как эта проблема сегодня решается у нас?

— Прежде всего, отмечу, что в нашей стране достигнуты большие успехи в организации помощи всем недоношенным детям. Благодаря научным разработкам, проведению организационных мероприятий, активным действиям Минздравсоцразвития России сейчас создаются перинатальные центры, оснащаются отделения новорожденных недоношенных детей — та инфраструктура, которая позволяет в массовом порядке обеспечивать не только их выживание, но и последующее благоприятное развитие. В большинстве регионов РФ налажены плановые осмотры недоношенных группы риска офтальмологом, осуществляется их динамическое наблюдение и своевременное лечение.

— Что нужно делать для прекращения стремительно развивающейся ретинопатии у недоношенных?

— Классическим общепризнанным методом лечения активной прогрессирующей РН является коагуляция аваскулярной сетчатки с помощью различных типов лазеров, что позволяет блокировать источник ангиогенных стимулов. Показания к этому виду лечения хорошо отработаны, коагуляцию нельзя делать слишком рано, но и нельзя опоздать. Поэтому очень важно, чтобы ребенка наблюдал знающий, подготовленный офтальмолог, который правильно определит нужный для лечения момент. Эффективность правильно проведенной лазеркоагуляции достигает 98%. Следует, однако, отметить, что у недоношенных с экстремально низкой массой тела эффективность лечения существенно ниже, варьируя от 50 до 75%, что ставит нас перед необходимостью поиска новых способов лечения.

— Какие новые способы вы имеете в виду?

— Мы знаем, что использование новых ангиогенных препаратов, ингибиторов фактора роста эндотелия сосудов, позволяет добиться успеха при лечении различных глазных заболеваний, сопровождающихся ростом сосудов внутри глаза. И хотя в РФ эти препараты пока не разрешено применять при лечении детей, стоит обратить внимание на зарубежный опыт. Так, например, на международном конгрессе США в 2011 г. были представлены результаты американских многоцентровых исследований по применению этих препаратов при наиболее тяжелых формах РН, у детей с экстремально низкой массой тела. Установлено, что успешность их применения превышает эффективность лазеркоагуляции, что весьма обнадеживает. Безусловно, эти результаты носят предварительный характер, необходимо исключение возможных побочных действий на развивающийся организм ребенка.

— А как обстоят дела в России?

— Для нас сейчас наиболее важна организация работы как неонатологов, так и офтальмологов с недоношенными детьми. Для своевременного выявления заболевания и его пролечивания нужно осматривать младенцев, выделяя группы риска, критерии которых общеизвестны. В любом случае, работающие в отделениях недоношенных и перинатальных центрах неонатологи и анестезиологи (специалисты не офтальмологического профиля) должны заранее выделять эту группу риска и сразу же информировать родителей.

— Существуют ли какие-нибудь нормативные документы по проведению контроля за выявлением, лечением ретинопатии у недоношенных детей?

— Да, благодаря совместным усилиям неонатологов, офтальмологов, сотрудников Минздравсоцразвития России подготовлен и утвержден приказ № 409н от 01.06.2010, издан Порядок оказания неонатологической помощи недоношенным детям, где есть рекомендуемые офтальмологические нормативы. Предлагается в каждом неонатологическом учреждении иметь в штате офталь-

мологов (из расчета полставки на 30 коек).

Кроме того, приказом Минздравсоцразвития № 791н от 22.07.2011 утвержден и Порядок оказания офтальмологической помощи детям с заболеваниями глаз.

— Что для этого делается?

— В прошлом году из Президентского фонда выделены большие средства на обеспечение офтальмологической помощи недоношенным с экстремально низкой массой тела. Были закуплены современные ретинальные педиатрические камеры — оборудование для своевременного выявления и мониторинга ретинопатии у недоношенных. Они применяются сейчас во всех развитых странах. Регионы России централизованно и в рамках региональных программ модернизации оснащаются диагностическим и лечебным оборудованием, предназначенным для детей с РН.

Очень важна работа Минздравсоцразвития России по организации обучения офтальмологов, проведению тематического усовершенствования по проблеме РН. Традиционно это обучение ведется в целом ряде учреждений Москвы, С.-Петербурга, Екатеринбурга и др. Так что есть законодательная и активно создается материальная база, готовятся кадры. Всё это позволяет надеяться на существенное улучшение помощи детям с РН.

Надо понимать, что диагноз РН не приговор, а ситуация, требующая адекватного квалифицированного подхода, нередко срочного вмешательства для сохранения зрения пациента.

Решение проблемы лечения ретинопатии недоношенных — государственная задача, ее успех зависит от совместных действий не только медиков, организаторов здравоохранения, но и местных органов власти, родителей, понимающих важность своевременного визита к офтальмологу.

Только так можно устранить проявляющуюся сейчас нестыковку — хорошо, что всё большее число недоношенных удается спасти, и плохо, что увеличивается количество тех из них, кто впоследствии слепнет.

Беседу вел
Леонид ПЕРЕПЛЕТЧИКОВ,
обозреватель «МГ».

Новости

В России закончен проект ОПТИМА — Обсервационное проспективное исследование оценки частоты Исходов у пациентов, подвергающихся чрескожному коронарному вмешательству с имплантацией стентов с лекарственным покрытием и принимающих статины.

Ишемическая болезнь сердца (ИБС), как известно, занимает лидирующее место в структуре смертности населения. У лиц, перенесших инфаркт миокарда, сохраняется неблагоприятный прогноз, и риск смерти или осложнений у них в 1,5-15 раз выше, чем в остальной популяции. Основная цель исследования ОПТИМА состояла в оценке частоты исходов у пациентов, подвергающихся чрескожному

Оптимальное исследование для кардиологов

коронарному вмешательству (ЧКВ) с имплантацией стентов с лекарственным покрытием (СЛП) и принимающих статины.

— Продолжающаяся разработка лекарственных препаратов привела к существенному улучшению терапии пациентов с ИБС. На сегодняшний день препаратами выбора для лечения таких больных являются статины. Установлено, что их способность снижать содержание липидов приводит к 30%ному уменьшению сердечно-сосудистых осложнений. С другой стороны, для диагностики и прогнозирования ИБС необходимо учитывать и другие факторы, ведь в половине случаев у пациентов с сердечно-сосудистыми

заболеваниями гиперхолестеринемия отсутствует, — сказал корреспонденту «МГ» заместитель генерального директора Российского кардиологического научно-производственного комплекса Минздравсоцразвития России по научной работе, национальный координатор исследования ОПТИМА, доктор медицинских наук, профессор Юрий Карпов.

В случае отсутствия гиперхолестеринемии для диагностики и прогнозирования ИБС помогает использование определенных биомаркеров — ряд исследований доказал их роль в прогнозировании пери- и постпроцедурных исходов у пациентов, перенесших ЧКВ — наиболее

частый метод хирургического лечения ИБС. Вторичные цели исследования ОПТИМА включали: оценку прогностических факторов (демографические, сопутствующие заболевания, курение, воспалительные и кардиальные маркеры) у пациентов, подвергающихся ЧКВ с имплантацией СЛП и принимающих статины, и их взаимосвязи с исходами ЧКВ (неблагоприятными кардиальными и цереброваскулярными); оценку достижения целевого уровня ЛПНП и параметров липидснижающей терапии у пациентов, получающих стандартную липидснижающую терапию перед ЧКВ, а также оценку воспалительных и кардиальных маркеров.

В исследование на проспективной основе вошли 602 пациента, страдающих стабильной ИБС, находящихся на терапии статинами не менее 1 месяца, которым по показаниям проводилось стентирование коронарных артерий с декабря 2009 г. по декабрь 2010 г. с имплантацией по крайней мере одного СЛП.

Неинтервенционное исследование ОПТИМА проводилось в РКНПК. Его основные результаты будут изложены в этом году на Европейском конгрессе кардиологов в Мюнхене и Национальном конгрессе кардиологов в Москве.

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Москва.

За рубежом

Анатомия в прямом эфире

Курс Sectio Chirurgica – интерактивной анатомии – существует на медицинском факультете Тюбингенского университета уже несколько лет и предназначен, прежде всего, для студентов-новичков. Ведь любой, кто учился на медицинском факультете, знает: анатомия – один из самых тяжелых предметов на протяжении всей учебы, студентам приходится наизусть заучивать увесистые тома учебников.

При таких колоссальных объемах теории у некоторых вообще пропадает интерес к медицине. Чтобы помочь своим подопечным, преподаватели Тюбингенского университета решили уже на первых порах знакомить их с работой хирургов. «Студенты не всегда понимают, для чего от них требуют заучивания большого количества материала. Поэтому уже в начале обучения мы знакомим их с клинической медициной», – рассказывает Бернхард Хирт, автор идеи и инициатор курса Sectio Chirurgica.

Удаление опухоли заушной области – рядовая операция для профессора Маркоса Татажибы, директора университетской нейрохирургической клиники в Тюбингене. Необычность этого вмешательства состоит в том, что перед ним не живой пациент, а труп, и вокруг доктора – несколько видеокамер. С их помощью за действиями нейрохирурга в режиме реального времени наблюдают тыся-

чи студентов немецкоязычных вузов. Тюбингенские учащиеся следят за операцией на большом экране в аудитории, а остальные участвуют в мероприятии в режиме он-лайн.

Чтобы сложнейший курс анатомии не отбил у студентов интереса к учебе, первокурсникам в Тюбингене разрешают наблюдать за операциями. За зарегистрироваться могут и студенты из других стран. Сначала ведущий занятия – руководитель кафедры клинической анатомии Тюбингенского университета Бернхард Хирт – объясняет суть диагноза и основной ход хирургического вмешательства, представляет хирурга и его ассистентов, а затем начинается сама операция. Доктора не спешат и в деталях поясняют студентам свои действия на анатомических моделях и иллюстрациях. А учащиеся прямо во время операции в чате могут задавать вопросы.

По словам Хирта, именно в интерактивности и междисциплинарности занятий состоит уникальность курса занятий Sectio Chirurgica в Тюбингенском университете. Основным предмет – анатомия – дополняется различными хирургическими дисциплинами. «Это единственный в своем роде курс для будущих медиков в Европе и, возможно, даже во всем мире», – добавляет преподаватель.

Программа занятий и состав преподавателей от семестра к семестру меняется. Неизменным остается то, что все операции проводят опытные хирурги, из-

вестные в своей области специалисты. В первом семестре 2011/2012 учебного года в числе тем курса были, в частности, гастрэктомия при раке желудка, функциональная эндхирургия околоносовых пазух при хроническом риносинусите, лечение перелома вертлужной впадины. До сих пор занятия проводились только в зимнем семестре, но с весны 2012 г. их – в несколько урезанном объеме – планируется проводить и в летнем семестре, сообщил Бернхард Хирт.

Занятия бесплатны, но проводятся в закрытом режиме. Доступны они только для студентов-медиков как немецких, так и иностранных вузов, а также для врачей и работников медицинской сферы, например, специалистов по медицинской технике. «Это серьезное преподавание, а не развлекательные репортажи для широкой публики», – предупреждает Бернхард Хирт.

В занятиях могут участвовать и иностранцы, владеющие немецким языком (предъявления языковых сертификатов и прочих документов организаторы не требуют). Чтобы получить пароль доступа к мероприятию, необходимо просто зарегистрироваться на сайте Sectio Chirurgica. Для регистрации требуется указать имя и фамилию, адрес электронной почты, род деятельности, название университета и специальности.

Юрий АДАМОВ.

По материалам журнала Focus.

Пластырь против боррелиоза

Для профилактики боррелиоза после укуса клеща мало кто выдерживает многодневный курс приема антибиотиков. Альтернативой этому виду терапии может стать пластырь, содержащий азитромицин. Ученым из Мюнхена удалось с помощью такого местного применения антибиотика нейтрализовать возбудителя боррелиоза в коже подопытных животных.

Бактериолог Райнхард Штройбингер и команда специалистов из Университета Людвиг-Максимилиана из Мюнхена инфицировали 78 мышей возбудителем *Borrelia burgdorferi* с помощью иглы или укуса зараженного клеща. Затем ранку заклеивали пластырем с нанесенным на него азитромицином либо с плацебо.

Каждым 10 грызунам из 40 зараженных с помощью иглы пластырь с препаратом прикрепили, соответственно, спустя час, 3 или 5 дней после инфицирования. Их остальные

собратья получили плацебо. В группе «укушенных» ученые экспериментировали с различной концентрацией антибиотика, наклеивали пластырь с плацебо либо не предпринимали никаких действий по отношению к грызунам.

Результаты такого локального метода терапии оказались более чем убедительными: у грызунов, получивших пластырь сразу после укуса клещом, спустя некоторое время возбудитель боррелиоза не был найден. У зараженных с помощью иглы мышей терапия оказывалась успешной, если была начата не позже, чем через 3 дня после инфицирования.

Впрочем, чудо-пластырь принесет ощутимую пользу, даже если начать применять его спустя несколько дней после укуса. Ведь спирохеты остаются в зоне инфицирования около 2 дней, прежде чем начинают активно размножаться и проникать в организм человека. Анализы показали, что концентрация ази-

тромицина в тканях в 4 тыс. раз выше концентрации спирохет.

Сейчас медики приступили к следующей стадии исследования и выясняют, насколько эффективно пластырь с антибиотиком борется с боррелиями на коже инфицированных людей. Специалисты настроены довольно оптимистично и рассчитывают, что высокая эффективность и низкое число побочных эффектов, зарегистрированных в ходе экспериментов на животных, подтвердятся и у человека.

Боррелиоз, или болезнь Лайма – бич многих европейских стран. В России зараженность возбудителями этих заболеваний клещей-переносчиков в разных природных очагах может варьировать в широком диапазоне (от 5-10 до 70-90%). Возможность местной терапии с помощью такого пластыря позволила бы значительно снизить уровень заболеваемости.

Марина КЫН.

По материалам Ärzte Zeitung.

Швейцарские ученые обнаружили, что хирургические вмешательства, проведенные в шумных операционных, сопряжены с повышенным риском развития инфекции в послеоперационный период.

В исследовании, проведенном сотрудниками Бернской университетской больницы, приняли участие 35 человек, проходящих плановые масштабные операции на органах брюшной полости.

Тихо! Идет операция!

Ученые регистрировали такие параметры, как социально-демографическое положение пациентов, продолжительность операции и уровень шума в операционной.

Послеоперационная гнойная инфекция развилась у 6 участников эксперимента, что

составляет 17% от общего их числа. Выяснилось, что средний уровень шума при операции у этих пациентов был значительно выше, чем у остальных – 43,5 децибела против 25. Кроме того, подьемы громкости по меньшей мере на 4 децибела регистрировались в 23% ослож-

Бюджетному учреждению «Санаторий «Юган» г. Нефтеюганск Ханты-Мансийского автономного округа – Югры на постоянную работу требуются:
терапевт (дежурный), физиотерапевт, гинеколог.
Оплата труда согласно штатному расписанию с учетом районного коэффициента (местность приравнена к районам Крайнего Севера).
Оговаривается частичная оплата снимаемого жилья.
Контактные тел.: (3463) 238-948, 238-967.
Резюме направлять по факсу (3463) 238-981, e-mail: PuhalskayLE@mail.ru

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Российский кардиологический научно-производственный комплекс» Министерства здравоохранения и социального развития РФ объявляет конкурс на замещение вакантных должностей:

Отдел хронической ишемической болезни сердца:
Старший научный сотрудник – 1
Научный сотрудник – 1

Лаборатория ультразвуковых методов исследования:
Научный сотрудник – 1

Лаборатория медицинской генетики:
Ведущий научный сотрудник – 1
Научный сотрудник – 1

Отдел системных гипертензий:
Ведущий научный сотрудник – 1
Старший научный сотрудник – 2
Младший научный сотрудник – 1

Научно-диспансерный отдел:
Научный сотрудник – 1
Младший научный сотрудник – 1

Лаборатория биохимии свободнорадикальных процессов:
Научный сотрудник – 1

Лаборатория нейрогуморальной регуляции сердечно-сосудистых заболеваний:
Научный сотрудник – 1

Лаборатория генной инженерии:
Младший научный сотрудник – 1

Лаборатория биохимической инженерии:
Научный сотрудник – 1

Отдел планирования и координации научных исследований:
Старший научный сотрудник – 1

Отдел последипломного образования:
Научный сотрудник – 1

Отдел новых медицинских информационных технологий:
Младший научный сотрудник – 1

На конкурс принимаются документы в течение месяца со дня опубликования от лиц, проживающих в Москве и Московской области.

Адрес: 121552 Москва, ул. 3-я Черепковская, д. 15а.
Тел. 414-6142.

Оборудование для массажа и прессотерапии

Профессиональный терапевтический аппарат для пневмокомпрессионного массажа Pulstar PSX



Особенности:

- возможность одновременного воздействия на две зоны
- возможность блокировки заполнения камер в ходе процедуры
- подача давления - снизу вверх и наоборот
- давление – 20 -120 mmHg
- индивидуальный подбор длительности процедуры, периодов компрессии и декомпрессии
- эффект наиболее физиологично волнообразного воздействия

Комплектация:

- 10- и 9- камерные манжеты для нижних конечностей
- 3-, 5- и 9- камерный пояс для живота
- 8- камерный рукав

ООО «АльфаСпа Мед» – официальный дистрибьютор на территории России
109240 Москва, Москворецкая наб., д.2 а
тел: (495) 775-2650, факс: (495) 937-8895
e-mail: alfasp@alfaspa.ru

(495) 775-2675
www.alfaspa.ru

ность пребывания пациентов в стационаре в среднем на 13 дней, что повысило стоимость лечения втрое. По мнению ученых, причиной выявленной взаимосвязи стал повышенный уровень стресса и сниженная концентрация внимания хирургов в шумной обстановке, что приводило к большему числу ошибок.

Ирина АНДРЕЕВА.
По информации BBC News.

Взгляд

Чудо на стадионе

78 минут смерти футболиста – и снова жизнь

Кардиологи всего мира обсуждают клиническую смерть футболиста Фабриса Муамбы. И единодушны – произошло чудо.

23-летний Муамба во время матча рухнул на поле бездыханным. Произошло это в 18.13, и его сердце вновь начало биться лишь в 19.31. Новые подробности случившегося еще продолжают появляться. Пока что самое вероятное объяснение, предложенное лечащими футболиста врачами, заключается в том, что его сердце хоть и остановилось, но продолжало жить.

Дефибриллятор за углом

Случай Муамбы показывает, как важно быстро оказать помощь. Около 100 тыс. людей в Великобритании умирают ежегодно от инфаркта. Многие из них – в местах, где помощь недоступна. Именно поэтому в последние годы проводится кампания по размещению дефибрилляторов в местах общественного пользования. Сотни этих устройств уже появились на вокзалах, в торговых центрах и, конечно, на стадионах.

Но этого недостаточно, по словам Труды Лобэн из благотворительной организации Arrhythmia Alliance: «Я бы предпочла, чтобы они встречались так же часто, как огнетушители. В школах, у церквей, на торговых улицах. Чтобы ими пользоваться, не нужно быть специалистом. Они автоматические, с четкими инструкциями. И могут означать разницу между жизнью и смертью», – говорит она.

Инфаркт привел к тому, что сердце Муамбы перестало сокращаться и перекачивать кровь по организму. Но даже в таких случаях в сердце может продолжаться электрическая активность. Если это действительно было так, то возможен один из трех вариантов.

Сердце могло перейти в крайне ненормальный режим: либо фибрилляции желудочков – когда волокна их миокарда сокращаются полностью асинхронно и сердце трепещет, как желе, либо желудочковой тахикардии – когда они сокращаются бесконтрольно.

Третий возможный вариант – в сердце могла продолжаться электрическая активность, в ходе которой сохранялся сердечный ритм, но сокращений не было.

В ряде случаев эти три формы активности могут чередоваться между собой. Главное в подобной ситуации – немедленно начать сердечно-легочную реанимацию. При искусственном дыхании и непрямом массаже сердца кровь искусственно перемещается по организму, что дает медикам время вновь запустить сердце.

Везучий Фабрис

Каждая минута задержки с началом реанимации снижает шансы на выживание пациента на 10%. В этом смысле молодому футболисту повезло: у крошки поля на стадионе Уайт Харт Лейн дежурила команда обученных медиков со всем необходимым оборудованием. Кроме того,

среди зрителей оказался кардиолог, который буквально через пару минут начал помогать при реанимации Муамбы. Но искусственного дыхания и непрямого массажа сердца при инфаркте недостаточно. Одни лишь эти меры дают пациенту всего 5% шансов выжить.

Футболисту также дали кислород и три электрических разряда дефибриллятором в попытке перезапустить его сердце. Вскоре его переместили в автомобиль скорой помощи и срочно доставили в больницу. Всего Муамба получил 12 разрядов, прежде чем его сердце вновь начало биться самостоятельно.

Но был ли он действительно мертв? «Я бы сказала, что его жизнь висела на волоске, – говорит Кэти Росс из Британского фонда сердца. – После инфаркта может пропасть электрическая активность, и тогда реанимировать пациента очень сложно. Похоже, что те, кто оказывал ему помощь, видели какую-то ответную реакцию, иначе так долго сердечно-легочную реанимацию никто не делает. Но когда замечаешь, как пациент реагирует, то продолжаешь попытки. 78 минут – это много, но такие случаи бывали».

Анализ этого клинического события еще будет продолжаться, и будут появляться новые выводы. Я же, знакомый с кардиологией исключительно по собственному нездоровому сердцу, уже знаю главный вывод – Фабрис Муамба уникально везучий.

Юрий БЛИЕВ,
обозреватель «МГ».

А как у них?

Прием участкового врача Виктории Кравченко подходил к завершению, когда в ее кабинет вошел молодой человек, который вместо электронной карточки пациента больничной кассы предъявил полицейское удостоверение.

Служебные автомобили, то в случаях резкого ухудшения их здоровья они представляют угрозу на дороге пешеходам, движущемуся транспорту и самим себе. По направлению участковых врачей, такие больные обязаны пройти проверку в соответствующей комиссии ИБД,

Врачи – не «стукачи»

Полицейский между врачом и пациентом

Как оказалось, полицейский в медицинской помощи не нуждался. Его приход был связан со служебной необходимостью. Оказалось, что один из пациентов, постоянно наблюдающийся у доктора Кравченко и страдающий тяжелой формой гипогликемии, неожиданно потерял сознание, когда вел машину. В результате произошла дорожная авария, ибо автомобиль, потеряв управление, врезался в дорожный столб. По всей вероятности, водитель, сидя за рулем, почувствовав приступ болезни, в последний момент успел притормозить. Поэтому удар в столб не был особенно сильным. Прибывшие медики скорой помощи обнаружили у потерявшего на несколько минут сознание водителя только ушибы, а машина подлежала восстановлению.

Собственно говоря, полицейский пришел к доктору Кравченко отнюдь не просить ее помощи в разбирательстве произошедшего дорожного происшествия, очевидцем которого она и не была. Дело в данном случае совсем в другом. Полицейский объяснил доктору, что ее могут обвинить в нарушении тех инструкций Министерства здравоохранения Израиля, которые обязывают врача сообщать в специальную комиссию Института безопасности движения (ИБД) данные о резком ухудшении состояния здоровья пациентов, имеющих водительские права.

По данным газеты «Маарив», израильским участковым врачам предписано обращать особое внимание на больных диабетом и сердечно-сосудистыми заболеваниями. Если такие пациенты продолжают водить личные или

которая и принимает решение о продлении или прекращении действия выданных прав на вождение.

Пока эти инструкции израильского Минздрава не получили статуса закона. На сегодняшний день букве закона, несомненно соответствуют требования проверки остроты зрения и его активного поля, психического состояния и соответствия нормам двигательных функций. Лишаются прав также алкоголики, наркоманы, использующие тяжелые наркотики и злоупотребляющие медикаментами.

Что же касается передачи сведений о состоянии своих пациентов в ИБД, то участковые врачи часто игнорируют соответствующие инструкции, ибо опасаются потерять доверие больных. Важно заметить, что профессор Авиноам Рехес, председатель комиссии по этике при профсоюзе израильских врачей, также считает, что «стукачество» представителей самой гуманной профессии снижает доверительных отношений между врачом и пациентом. Доктор Рехес обращает внимание на следующее: «Если пациент будет знать, что лечащий врач может передать данные о его болезни в ИБД, то больной просто преуменьшит степень своих проблем».

Можно не сомневаться, что доктор Кравченко не будет привлечена к ответственности за «недоносительство». В противном случае, профсоюз врачей может объявить забастовку.

Захар ГЕЛЬМАН,
соб. корр. «МГ».

Иерусалим.

Осторожно!

Американские исследователи из Бостонского университета назвали несколько факторов, которые пагубно отражаются на интимной жизни. Выводы очень грустные. Номер один среди «врагов секса» – алкоголь, особенно в больших количествах. Среди любителей пива импотентов пруд пруди. Проблемы в постели начинаются с момента, когда частота употреблений алкоголя превышает один раз в неделю.

Но самые неудовлетворенные в сексуальном плане существа на свете, увы не пьяницы, а их жены. Замужние дамы при этом теряют всякий интерес к любовным играм и сексом заниматься с полупьяным мужчиной просто не хотят. Кроме того, многие из жен не могут достичь оргазма или испытывают во время полового акта полный дискомфорт. Мужья, у которых из-за чрезмерного пристрастия к алкоголю имеется «состояние нестояния», физически не способны разогреть женщину, чтобы она успела дойти до необходимого финала в сексе. То есть скапливаемая, нерастроченная сексуальная энергия женщин превращается, вырываясь наружу, в неврозы.

На втором месте – табак. Он вызывает спазмы сосудов, значит, затруднен ток крови в нужный мо-

Рейтинг «врагов секса»

Еще один аргумент в пользу здорового образа жизни



мент в тот орган, который должен являть собой предмет мужской силы. 87% импотентов являются заядлыми курильщиками.

Есть в списке и лекарства. Они одно лечат, другое расслабляют. Особенно осторожно надо дози-

ровать применение лекарственных препаратов мужчинам при лечении гипертонии, диабета. Эта группа препаратов может сильно ослабить эрекцию.

И у женщин основным фактором, снижающим либидо, явля-

ется депрессивное состояние и, как следствие, прием множества расслабляющих лекарств.

В списке врагов секса на четвертом месте – механическое отношение к нему. Если секс представляется как действие чисто физиологическое, может наступить момент, когда мужчина просто не захочет его.

Коварным врагом секса является ожирение. Оно на пятом месте. Коварство его в том, что оно подкрадывается постепенно и, как нам кажется, незаметно.

Чем больше жировых отложений на теле, тем больше сил уходит на то, чтобы «носить» их. Ходить по лестницам и в магазины, делать домашнюю работу, трудиться на службе. И в постели излишки тоже скажутся. Как-никак секс – это и нелегкий физический труд.

От себя замечу, что нет нужды быть профессором Бостонского университета, чтобы провести подобное исследование. Ведь каждый мужчина приходит к таким выводам примерно к 40 годам. Кто раньше, кто позже...

Кстати

Когда это смертельно опасно...

Австралийский зоолог Даррелл Кемп провел любопытное исследование, которое подтвердило предположение о том, что публичные занятия сексом могут быть опасны для жизни любовников. Он, изучая процесс охоты ос на австралийскую саранчу, заметил, что чаще хищники нападали именно на «влюбленные парочки». Причем самкам везло куда меньше, чем самцам.

Юрий БОРИСОВ.

По материалам New York Post.

Элизабет Тейлор дважды была удостоена премии «Оскар» за лучшую женскую роль. Она была первой актрисой, чей гонорар за съемки в фильме составил миллион долларов. Зрителю запомнился выразительный взгляд актрисы. Это объясняется редкой генетической мутацией – у нее был двойной ряд ресниц.

Элизабет родилась 27 февраля 1932 г. в Великобритании в семье американцев, работающих в Лондоне. Отец занимался торговлей произведениями искусства, мать в прошлом актриса, оставила сцену после замужества. С началом Второй мировой войны семья Тейлоров вернулась в США.

В 1942 г. она впервые снялась в кино. Во время съемок в фильме «Национальный бархат» (1944) актриса упала с лошади и сильно повредила спину. В 1961 г. Тейлор сыграла египетскую царицу Клеопатру. Именно за съемки в этом фильме ей заплатили миллионный гонорар. Роль Марка Антония сыграл актер Ричард Бартон. Они станут мужем и женой, проживут в браке 10 лет, вместе снимутся в 11 фильмах, разведутся, вновь поженятся, прожив во втором браке еще год. Ричард Бартон скончался 5 августа 1984 г. в Швейцарии.

Стоит отметить, что всего она выходила замуж 8 раз. В 2010 г. прошел слух, что она собирается выйти замуж в 9-й раз за 49-летнего менеджера Джейсона Уинтерса, с которым встречалась 3 года. Но этому браку не суждено было состояться...

В 70-е годы фильмы, в которых снималась Тейлор, стали проваливаться в прокате. В возрасте 45 лет ее кинокарьеру фактически завершилась. Она стала в основном играть в театре и лишь иногда появлялась в кино. В советском прокате показывали фильм «Зеркало треснуло», поставленный по роману Агаты Кристи. В 2001 г. она

Болезни великих

Она была настоящей леди

80 лет со дня рождения Элизабет Тейлор



снялась в фильме «Старые клячи по-американски». В этом фильме актриса сыграла роль Бэрил Мэйсон. Это было последнее появление актрисы на киноэкране. Всего за свою творческую жизнь она снялась в 65 фильмах и сериалах. В одном интервью Тейлор призналась: «Мое тело иногда сводит меня с ума. В мире найдется немного людей, которые страдали столько же, сколько я. Бесчисленные пневмонии, операции на

спине, на глазах, на коленях и ступнях. У меня удалены гланды и аппендикс. Мне трижды делали кесарево сечение и один раз трахеотомию. У меня частично удалена матка. Я болела корью и дизентерией. Не говорю уже о лечении от алкоголизма и наркозависимости. Мне сделали операцию на головном мозге через два года после того, как в мои бедра были имплантированы искусственные суставы. А затем еще опери-

ровали, чтобы откорректировать имплантаты. Но я верю в жизнь и буду за нее бороться!»

Из сообщений прессы, которая всегда уделяла большое внимание трем моментам в жизни киноактрисы – личной жизни, состоянию ее здоровья и проблемам с наркотиками и алкоголем, известно, что в 1997 г. у актрисы была удалена опухоль головного мозга. До этого она лежала в больнице с болезнью легких и аритмией сердца. В 2002 г. она прошла курс лечения от рака кожи.

Элизабет Тейлор была очень дружна с Майклом Джексоном. Они познакомились еще в 80-е годы, провели вместе несколько благотворительных концертов. После смерти Джексона в 2009 г. она попадает в больницу с самым тяжелым стрессом. В том же году ей была сделана операция на сердце, целью которой была фиксация сердечного клапана с помощью установки специального микроустройства. В феврале 2011 г. ее госпитализировали из-за проблем с сердцем: у нее обнаружили симптомы, похожие на клинические проявления сердечной недостаточности. 23 марта 2011 г. Элизабет Тейлор умерла от сердечной недостаточности в возрасте 79 лет. Похороны актри-

сы прошли на следующий день на калифорнийском кладбище Форест-Лоуи, там же недалеко покоятся Майкл Джексон, Кларк Гейбл и Уолт Дисней. Согласно пожеланию семьи покойной, в день похорон других посетителей на кладбище не пускали.

Элизабет Тейлор много занималась благотворительностью. Ею был основан фонд помощи больным СПИДом. Актриса пожертвовала в этот фонд более 120 млн долл. Он финансировал клинику для ВИЧ-инфицированных, оказывал поддержку профилактическим мероприятиям и научным исследованиям. Тейлор считала, что современная молодежь слишком легкомысленно относится к проблеме СПИДа: «Мы проводим мощные кампании на радио и телевидении, организовываем семинары и разнообразные учебные программы, собираем огромные средства на борьбу со СПИДом. Но это должен быть обоюдный процесс. И молодые люди должны понимать всю ответственность, которая лежит на их плечах». На кинофестивале в Каннах она из года в год устраивала благотворительные вечера, которые собирали большие деньги. Сегодня куратором каннских благотворительных вечеров является Шерон Стоун.

После смерти Тейлор в США был проведен аукцион, продолжавшийся 4 дня, на который были выставлены драгоценности, туалеты и аксессуары из ее гардероба, а также коллекция картин. Среди почти тысячи лотов были подвеска с самой крупной в мире жемчужиной, кольцо с бриллиантом в 33 карата, а также браслет из платины – подарок ее друга и почитателя Майкла Джексона. Часть средств от торгов поступила на счет благотворительного фонда в помощь больным СПИДом, основанного актрисой.

Андрей ВУКОЛОВ,
историк.

Москва.

Листая старые журналы

На страницах периодической печати прошлых лет мы находим весьма любопытную информацию. В обзор, который мы предлагаем вашему вниманию, включены заметки из российских изданий, выходивших в 20-е годы прошлого века.

Чудесные операции

Заграничные журналы сообщают об одном удивительном случае проведенных операций. Во время империалистической войны осколок снаряда снес молодому англичанину лицо. После этого он 4 года находился на лечении в госпитале города Кардифа, и здесь ему сделали целых 40 операций. Сначала пришили нос, потом верхнюю губу, восстановили челюсть и зубы. После всех операций лицо англичанина приняло обычный вид, на нем остались лишь еле заметные рубцы. Мало того, у раненого выросли над губой густые усы, и он очень доволен своей внешностью.

«Новая деревня»,
1923 г., № 5, стр. 102.

Лечит радиоприемник

...Часто приходится видеть фотографии приемников, установленных в больницах, особенно для детей. Исключительное значение радио как средства разумного развлечения, а следовательно, и как косвенного лечения не подлежит сомнению. У нас первый опыт такого применения радио был сделан по инициативе бюро действия радиолобительству при МГСПС в санатории им. Семашко (Гребнево) в 35 верстах от Москвы. Т.к. в санатории находятся, между прочим, и тяжелые больные, для которых передвижение сопряжено с трудностями, то для их удобства

Всё, что было с нами — вспомним

слуховые трубки помещаются непосредственно у кроватей. Кроме того, устанавливается громкоговоритель в большом зале вместимостью 250-300 человек.

«Радиолобитель»,
1924 г., № 1, стр. 6.

Сахарная болезнь отступила

Два немецких ученых наблюдали недавно интересный случай. Четырнадцатилетняя девочка страдавшая сахарной болезнью, получала лечение инсулином, которое дало хорошие результаты, а затем прекратила это лечение. По ожиданию врачей, болезнь должна была тотчас снова повториться, но этого не произошло. Исследование пациентки показало, что в это время у нее начали работать половые железы. Врачи делают отсюда вывод, что под влиянием половых гормонов в организме произошло сильное изменение, которое побудило к нормальной деятельности поджелудочную железу. Это наблюдение интересно тем, что указывает еще на одну из связей, существующих в работе желез внутренней секреции.

«Вестник знания»,
1926 г., № 7, стр. 509.

Хирургия без ножа

Профессор Доберлейн (Мюнхен) производит сложные операции без помощи хирургических инструментов; разрез делается не ножом, а электрической искрой. Для этого применяется

электрический ток очень высокого напряжения. Новый способ имеет весьма ценное преимущество, он абсолютно безопасен в смысле занесения в рану заразы (асептика) и, кроме того, резко уменьшает потерю крови оперируемым.

Там же, № 3, стр. 173.

Гамбузия против малярии

В последнее время в войне с комарами и москитами люди обратились к помощи рыб. Комары являются переносчиками малярии и других тропических лихорадок. К борьбе с малярией была привлечена крохотная рыбка гамбузия, которая водится на Сандвичевых островах. Здесь ее открыл американский натуралист Джордж. Убедившись в том, что наиболее лакомой пищей для гамбузии служат личинки москитов, он начал с того, что вывез икру гамбузии в США. После испытания противомоскитных свойств гамбузии американцы стали разводить ее в огромных количествах, а государственные организации по рыбоводству в Вашингтоне приступили к ее массовой продаже. Вскоре началось триумфальное шествие гамбузии по Аргентине, затем по Индии, где она оказала существенные услуги по оздоровлению болот Ганга и Ираввади, и в Италии с ее знаменитыми Понтийскими болотами у устья Тибра и, наконец, на Балканском полуострове. В окрестностях Кадикса (Испания) гамбузия совершенно вывела комаров. Таким образом, эта небольшая рыбка, похожая на

нашего пескаря, может сыграть, судя по отзывам ученых, видную роль в профилактической медицине, способствуя истреблению переносчиков малярийной заразы.

Там же, стр. 174.

Анализ молока

Как известно, для определения сифилиса у человека, у которого нет наружных признаков его, или для проверки действительности примененного лечения делается анализ крови, для чего у человека берется из вены особым шприцем несколько кубических сантиметров крови. Польские врачи Лининский и Келлер открыли, что если у предполагаемой сифилитички отделяется молоко, то это молоко может с успехом заменить для анализа кровь и даже давать лучшие результаты. При скрытом сифилисе анализ молока может его обнаружить тогда, когда анализ крови не смог этого сделать. Анализ молока более чувствителен и дает положительные результаты еще долго после того, как анализ крови дал отрицательные результаты. Метод исследования такой же, как метод Вассермана для исследования крови.

«Наука и техника»,
1926 г., № 47, стр. 17.

Йод из северных водорослей

Беломорская йодная экспедиция определила, что море ежегодно выбрасывает на остров

Жижгин, на Летний берег в районе Пертоменск-Чесменский маяк и на Соловецкие острова многие миллионы пудов водорослей, которые могли бы дать сотни тысяч килограммов йода. Северным йодом интересовались давно. В 1923 году организовать добычу йода на севере пыталась Беломорская артель, переименованная затем в кооперативное товарищество «Северохим». На острове Жижгине товарищество построило небольшую завод. За пять лет йодное производство поднялось с 50 кг до 460 кг йода. В 1929 году предполагается добычу йода поднять до 1000 кг.

«Наука и техника»,
1929 г., № 8, стр. 10.

Золото в человеке

По исследованиям немецкого врача Рагнера Берга, в состав тканей человеческого организма и в состав принимаемой им пищи входит гораздо больше золота, чем принято думать. С испражнениями человек выделяет один миллиграмм золота в сутки, с мочой – 0,1 миллиграмма. Содержание золота в человеческой крови составляет 0,3 миллиграмма на килограмм. Больше всего золота содержится в коре головного мозга, именно 14 миллиграммов.

Там же.
1929 г., № 35, стр. 13.

Подготовил Иван КОРНЕЕВ,
историк-архивист.

