Медицинская газета®

14 октября 2016 г.
пятница
№ 78 (7698)

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

Наши коллеги

С их лиц не сходили улыбки

В Международный день пожилого человека «отставных» медиков-железнодорожников угощали сладкими пирогами

Страницы старого фотоальбома листают вместе ветераны и главная медицинская сестра отделенческой поликлиники Л.Коринь (вторая слева)

Неправда, что Международный день пожилого человека учредили только для того, чтобы лишний раз поохать-повздыхать, обсуждая проблему демографического старения и исключительно заострить внимание молодого и среднего поколений на чаяниях стариков да невзгодах, сопутствующих «элегантному возрасту».

Особый праздник, который ежегодно отмечается 1 октября, придумали как чудесный повод, дабы с любовью и вдохновением угощать бывших коллег – врачей, медицинских сестёр, санитарок, а ныне малоимущих российских пенсионеров замечательными домашними пирогами! Во всяком случае, так считают в поликлинике № 2 станции Хабаровск-2, являющейся структурным подразделением отделенческой поликлиники на станции Хабаровск-1 – одного из самых мощных амбулаторно-диагностических комплексов, сосредоточенных на Дальневосточной железной дороге.

В ветеранском «полку» на «втором Хабаровске» состоят 170 бывших сотрудников, включая 13 тружеников тыла, 2 вдовы участников Великой Отечественной войны. Не все они по состоянию здоровья смогли откликнуться на приглашение главного врача отделенческой поликлиники кандидата медицинских наук Виктора Салашника и председателя местной профсоюзной организации офтальмолога Елены Ульяновой стать участниками организованного для них торжества, но пришедшие запомнят его надолго. За накрытым столом, главным украшением которого была традиционно вкусная выпечка, пожилые люди то и дело возвращались к событиям давно минувших дней, и с их лиц почти не сходили улыбки.

(Окончание на стр. 2.)

Рафаэль ОГАНОВ, почётный президент Российского кардиологического общества, академик РАН:

Несмотря на развитие клинической медицины по пути специализации, именно специалист первичного звена является главным действующим лицом в системе оказания медпомощи.

Стр. 7

Иван АРТЮХОВ, ректор КрасГМУ им. В.Ф.Войно-Ясенецкого, профессор:

Фундаментальные научные исследования в лабораториях КрасГМУ проводятся не в абстрактных сферах, а в тех направлениях, которые актуальны для современной медицинской практики.

Стр. 11

Признание

Лучшие из лучших!

Сегодня, 14 октября 2016 г., в подмосковном Версале – музее-усадьбе Архангельское чествуют лауреатов очередного, XVI Всероссийского конкурса профессионального мастерства «Лучший врач года»

Спросите любого доктора, чья оценка его труда является для него самой важной, и вы услышите один и тот же ответ: оценка коллег. Это самые строгие и объективные судьи, потому что так же самоотверженно служат общему делу – Медицине. Вот почему организаторы всероссийского конкурса – Минздрав России, Профсоюз работников здравоохранения РФ и «Медицинская газета» – изначально определили главное его условие: победителей выбирают не чиновники и не пациенты, их выбирает само профессиональное сообщество.

(Окончание на стр. 4-5.)

От имени Министерства здравоохранения РФ и от себя лично искренне поздравляю лауреатов премии «Лучший врач года».

Сегодняшняя премия – это ещё одна возможность убедиться, что главное достояние нашей медицины – квалифицированные специалисты: врачи, медицинские сёстры, младший медицинский персонал – все те, кто стоит на страже здоровья людей.

Поэтому не случайно то особое внимание, которое сегодня уделяется министерством созданию достойных условий труда медиков. Последовательно увеличивается заработная плата, внедряется система непрерывного медицинского образования, снижается бремя бумажной работы, улучшаются условия работы – устанавливается современное оборудование, внедряются информационные технологии.

Выбрать лучшего врача – очень непростое дело: каждый из тех, кто был номинирован на эту премию, является высококвалифицированным специалистом, который помогает своим пациентам, сохраняя им жизнь и здоровье, улучшая качество их жизни.

От всей души поздравляю лауреатов и участников премии! Здоровья вам, дорогие коллеги, благополучия и добра!

Министр здравоохранения РФ
Вероника СКВОРЦОВА.

Акценты

Больше желанных детей

Число родов в три раза превысило число абортов в Воронежской области. Этого удалось достичь благодаря комплексной работе всех служб здравоохранения. В 2015 г. число медицинских абортов по желанию женщины составило 4857, что на 12,7% меньше по сравнению с 2014 г. В первом полугодии 2016 г. зарегистрировано на 384 аборта меньше, чем за аналогичный период 2015 г.

– Сегодня мы можем говорить о планомерном снижении количества медицинских абортов и, что немаловажно, о значительном снижении материнской смертности от последствий этих операций, – отметила ведущий консультант отдела оказания лечебно-профилактической помощи матерям и детям Департамента здравоохранения Воронежской области, главный акушер-гинеколог области Ольга Самофалова.

В Воронежских центрах и кабинетах медико-социальной помощи женщинам в трудной жизненной ситуации только в 2015 г. было проведено больше 20 тыс. доабортных консультаций. В итоге от прерывания беременности отказались 634 женщины. Это не только рождение новых жизней, но и предотвращение личных трагедий женщин, которые зачастую в последующем всю жизнь испытывают глубокие душевные страдания из-за сделанной операции. В 2015 г. в Воронежской области родилось более 25 тыс. здоровых желанных детей.

Оксана КОЗЛОВА,
внешт. корр. «МГ».

Воронеж.

Новости

Столица подаёт пример

За последние годы в столичном образовании и здравоохранении прошли серьёзные структурные реформы. Москва сделала хороший задел для реализации приоритетных задач развития страны, обозначенных председателем Правительства РФ Дмитрием Медведевым. Об этом заявил мэр Москвы Сергей Собянин на Международном инвестиционном форуме «Сочи-2016».

– Это те фундаментальные, базовые институты, которые необходимо всегда развивать как в целом по нашей стране, так и в Москве: образование, здравоохранение, – отметил С.Собянин.

В столичном регионе за пять последних лет прошли серьёзные изменения в сфере здравоохранения. В результате улучшились показатели стационарной помощи, снизилась детская, материнская смертность.

– В то же время, – акцентировал С.Собянин, – необходимо сохранять инвестиционный потенциал города и темпы развития.

Яков ЯНОВСКИЙ.

Москва.

Коррумпированная сфера?

Министр внутренних дел России Владимир Колокольцев назвал наиболее коррумпированные сферы деятельности в стране на прошедшем в Кремле под председательством главы президентской администрации Антона Вайно заседании президиума совета по противодействию коррупции.

Согласно представленным главой МВД данным, таковыми являются сфера закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд, строительство, а также здравоохранение, образование, наука и культура.

В ходе обсуждения доклада министра участники заседания уделили особое внимание поиску путей совершенствования системы профилактики хищения бюджетных средств, а также выработке механизмов взаимодействия правоохранительных структур с представителями региональной власти.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.

Москва.

Институт лепры отмечает юбилей

Научно-исследовательский институт по изучению лепры Министерства здравоохранения РФ в Астрахани в эти дни отмечает 120-летие со дня основания.

Исторически так сложилось, что в дельте Волги образовался основной очаг лепры в России и был учреждён Астраханский губернский приют прокажённых на 20 коек, а в 1948 г. сюда передали научную группу и на базе лепрозория образовали Всесоюзный научно-исследовательский институт по изучению лепры. Сегодня он выполняет функции научного, лечебного, консультативного, учебного, организационно-методического и международного центра.

Благодаря внедрению в практику всего комплекса практических противолепрозных мероприятий, заболеваемость лепрой в Астраханской области и по всей стране носит устойчивый спорадический характер. Последний активный больной лепрой в России был выявлен в 2009 г. Почти в 8 раз сократилась общая численность больных лепрой, состоящих на учёте.

Анна ЛЮБЕЗНОВА.

Астрахань.

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

События

Встречать болезнь «на дальних подступах»

На это настроены наши кардиологи

В Риме прошёл конгресс европейского общества кардиологов (ESC).

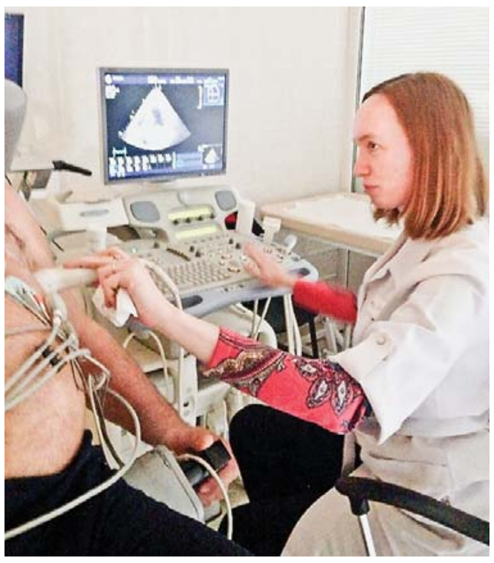
В составе российской делегации медиков в работе форума приняла участие врач одного из кардиоцентров Санкт-Петербурга кандидат медицинских наук Н.Журавская. Вместе с коллегами Надежда Тимофеевна занимается одной из актуальнейших проблем современной кардиологии – исследованием коронарного кровотока. Эта тема была представлена на конгрессе в постерном исполнении: дискуссии проходили прямо у стендов с плакатами. В том, что тема не надумана, убеждают «говорящие» цифры статистики: по данным ВОЗ каждые 4 секунды на Земле умирает от инфаркта один человек, каждые 10 секунд – от инсульта.

– Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний бьёт все рекорды, – говорит Н.Журавская. – Современная медицинская наука готова встречать инфаркт и инсульт «на дальних подступах», и у нас уже есть соответствующее оборудование, но зачастую к этому не готовы сами пациенты. Чтобы достучаться к каждому сердцу, в буквальном смысле, порой приходится заниматься самым элементарным ликбезом.

Рубен КАЗАРЯН,
корр. «МГ».

Санкт-Петербург.

Фото автора.



Кардиолог Надежда Журавская проводит УЗИ-исследование – стресс-эхокардиографию с физической нагрузкой на велоэргометре

Профилактика

Физзарядку делали все вместе

Как поддерживать организм в здоровом состоянии долгие годы? На этот вопрос ответили медики Барнаула во время акции «Профилактика заболеваний – путь к активному долголетию» в городском совете ветеранов.

Краевой центр медицинской профилактики совместно с Главным управлением Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности и Алтайским государственным медицинским университетом приурочили акцию к Международному дню пожилого человека.

Во многих странах в этот день проходят различные фестивали, конференции и конгрессы, организуемые ассоциациями в защиту прав пожилых людей. Общественные организации и фонды устраивают различные благотворительные акции.

Ведь общими усилиями можно добиться, чтобы люди не только жили дольше, но и чтобы их жизнь была более качественной, разнообразной, полноценной и приносящей удовлетворение!

На расширенном заседании городского совета ветеранов специалисты Краевого центра медицинской профилактики прочитали лекцию о рациональном питании, пользе физической активности. Благодаря познавательной викторине «Коробочка здоровья» каждый был обучен основам ведения здорового образа жизни. Все присутствующие смогли поучаствовать в проведении массовой зарядки, а также научились основам скандинавской ходьбы.

Студенты кафедры терапевтической стоматологии Алтайского ГМУ рассказали о том, как избежать заболеваний полости рта и пародонта.

Все пожилые люди, присутствующие на мероприятии, смогли также пройти профилактическое обследование. Оно было организовано в рамках выездной работы центра здоровья городской больницы № 6 Барнаула.

А ещё всем собравшимся предложили прямо во время акции привиться от гриппа. Таким образом, в целом удалось совместить теорию и сделать практические шаги на пути к здоровому образу жизни.

Алёна ЖУКОВА,
спец. корр. «МГ».

Барнаул.

Наши коллеги

С их лиц не сходили улыбки

(Окончание. Начало на стр. 1.)

Трудовой стаж председателя совета ветеранов Галины Турчиной в железнодорожной поликлинике насчитывает 48 лет: фельдшер здравпункта локомотивного депо, участковая медицинская сестра, фельдшер наркологического кабинета. Именно при ней организовался самый первый смотровой кабинет для машинистов и помощников машинистов локомотивов на станции Хабаровск-2. Почётный железнодорожник, отличник здравоохранения 87-летняя Мария Суслова вспоминала, что в далёком 1952 г. была зачислена фельдшером и без отрыва от работы окончила мединститут. 16 лет тянула она нелёгкую «лямку» главного врача железнодорожной больницы. В её бытность строилось новое здание учреждения, начала принимать пациентов шикарная водолечебница. Обе дочери Марии Михайловны тоже стали врачами.

Во время встречи ветераны, которые с удовольствием предавались воспоминаниям, декламировали стихи, в том числе собственного сочинения, нашли благодарных слушателей в лице присутствующей молодёжи и представителей среднего поколения: заместителя главного врача по кадрам Татьяны Филимоновой, главной медицинской сестры Людмилы Коринь, старшей медицинской сестры поликлиники № 2 Натальи Диденко, старшей медицинской сестры хирургического отделения поликлиники Ирины Чупровой. Последняя, кстати, являясь примой хора ДК «Железнодорожник», отвечала за культурную часть Дня пожилого человека. Она сама исполнила несколько задушевных песен и предоставила такую возможность товарищам по творческому цеху, поскольку пригласила попеть и помузицировать в дружную компанию медиков-пенсионеров руководителя хора, баяниста Николая Позднякова и дуэт вокалисток.

Непрерывающаяся, живая связь со своими бывшими сослуживцами и их материальная поддержка – традиция, которую свято чтут в отделенческой поликлинике железнодорожной компании. Проживают те в своём большинстве на административной территории, которая закреплена за негосударственным учреждением здравоохранения, поэтому «проволочек» в медицинском обслуживании ветеранов нет и быть не может. Финансовую помощь отставные медики-железнодорожники, вышедшие на заслуженный отдых до 2001 г., получают каждый месяц по линии пенсионного фонда «Почёт», функционирующего при ОАО «РЖД». Накануне Дня Победы в этом году добровольно перечислил часть своей заработной платы малоимущим ветеранам в рамках акции благотворительного фонда «Забота» весь коллектив отделенческой поликлиники на станции Хабаровск-1.

«Ностальжи» под баян – специально для пенсионеров-медиков

Владимир КЛЫШНИКОВ,
спец. корр. «МГ».

Хабаровск.

Фото автора.

Деловые встречи

Переосмысленная спецоценка

IV пленум ЦК Профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации прошёл в Алуште

В президиуме

Пленум рассмотрел вопросы реализации законодательства о специальной оценке условий труда в Южном федеральном округе. Заседания вёл заместитель председателя Профсоюза работников здравоохранения РФ Геннадий Щербаков.

Проблем со специальной оценкой по-прежнему много. Например, отсутствует чёткое определение, что такое «работы с патогенными микроорганизмами». До сих пор они вызывают трудности у ряда экспертов, проводящих спецоценку при установлении класса по биологическому фактору. При этом Министерство труда и социальной защиты РФ выпустило разъяснение об установлении на рабочих местах медицинских работников вредного класса условий труда, с учётом их возможного контакта с патогенами различных групп опасности без проведения измерений. Тем не менее письма Минтруда уполномоченным федеральным органам исполнительной власти не являются обязательным руководством к действию для некоторых руководителей лечебных учреждений и организаций, осуществляющих специальную оценку. Об этом шла речь в докладе заместителя председателя Профсоюза работников здравоохранения РФ Михаила Андрочникова.

В погоне за экономией денежных средств ряд факторов производственной среды и трудового процесса просто не заявляется в техническом задании. Эксперты, не учитывая отраслевую специфику, проводят оценку в неполном объёме, а представители первичных организаций профсоюза в комиссиях специальной оценки условий труда своевременно не реагируют на очевидную необъективность. А дальше это приводит к конфликту работников и работодателей.

– Специальная оценка условий труда становится всё большей сложностью для профсоюзов и медицинских работников, – считает представитель профсоюза работников здравоохранения РФ в ЮФО, председатель ростовского обкома профсоюза Олег Борцов. Не случайно по этому вопросу были приняты резолюции на состоявшихся съездах Федерации независимых профсоюзов России и ЦК Профсоюза работников здравоохранения.

По его словам, принятые законы и нормативно-правовые акты по специальной оценке условий труда вместо аттестации рабочих мест резко ухудшили положение медицинских работников. Между тем на съезде ФНПР Президент РФ говорил, что «...необходима полная ясность в процедуре признания рабочего места вредным, а на таких производствах у нас занято более 27% работников. Я знаю, что сотрудники многих предприятий опасаются, что их рабочее место в результате субъективного решения администрации может быть признано безопасным, а в реальности для улучшения условий не будет сделано ничего. Но вот льготы, положенные по Трудовому кодексу, у людей могут отобрать. Таких ситуаций и произвольных решений мы не можем с вами допустить. Рассчитываю, что вопросы охраны труда профсоюзы и дальше будут держать под постоянным контролем, взаимодействовать с органами государственного надзора».

Идёт заседание

– В этих нескольких фразах главы государства заложена вся суть сегодняшнего разговора профсоюза, – считает Олег Борцов. – Казалось бы, чего проще? Исполняй сказанное. Так нет! К сожалению, в результате принятия нового законодательства по спецоценке случилось то, чего так опасались и профсоюзы, и Президент РФ: при тех же условиях труда изменились и критерии их оценки. А это привело к признанию некоторых рабочих мест безопасными, с отменой гарантий и компенсаций работникам.

Главное, с чем не согласны профсоюзы, – «Классификатор вредных факторов» не учёл «Критерии гигиенической оценки факторов рабочей среды и трудового процесса», подписанные главным санитарным врачом РФ, что привело к необъективной оценке условий труда. А ведь именно они применялись с 1990 г. при аттестации рабочих мест по условиям труда, и их никто не отменял...

Кроме того, Федеральным законом № 426-ФЗ предусмотрена оценка только тех факторов трудового процесса, которые можно измерить. Например, биологического. Он изначально оценивался только в организациях, имеющих лицензию на право выполнения работ с патогенными биологическими агентами и возбудителями паразитарных болезней. В остальных организациях, в том числе оказывающих медицинскую помощь, биологический фактор вообще не учитывался. Профсоюзы также предупреждали, что необходимо определённое время для становления организаций, проводящих спецоценку. Нужен системный контроль качества проведения спецоценки, а государство обеспечить его в полной мере вряд ли сможет.

Плюсы закона о специальной оценке заключаются только в том, что значительно повышена степень участия профсоюзов в этом процессе. В комиссии при её проведении должны обязательно включаться представители работников, это очень важно. Профсоюзам дано право на получение соответствующих разъяснений результатов спецоценки и их обжалование (причём, даже в судебном порядке). И такие примеры приводились на пленуме. По решению суда в родильном доме Ростовской области до результатов госэкспертизы будут действовать результаты ранее проводимой аттестации рабочих мест. Все компенсационные выплаты и дополнительные отпуска работникам в результате сохранены.

Более подробно о выступлениях на пленуме профсоюза, его решениях «МГ» расскажет в одном из ближайших номеров.

Алексей ПАПЫРИН,
спец. корр. «МГ».

Москва – Алушта (Крым).

Официально

Концепция открытости

В Министерстве здравоохранения РФ состоялось рабочее совещание, посвящённое исполнению Концепции открытости.

– Открытое Правительство выполняет важную роль по привлечению гражданского общества к работе ведомств. Важной задачей для Минздрава России является информирование населения о ключевых показателях в сфере здравоохранения, разработке нормативно-правовых документов и других приоритетных проектах. Надеюсь, что работа в этом направлении укрепит доверие между государством и обществом, – сообщила министр здравоохранения Вероника Скворцова.

Статс-секретарь – заместитель министра Дмитрий Костенников, возглавляющий рабочую группу Минздрава России по внедрению механизмов Открытого правительства, отметил, что план реализации Концепции открытости включает в себя все необходимые элементы: взаимодействие с референтными группами, повышение эффективности работы Общественного совета, публикация информации в формате открытых данных, размещение нормативных документов в понятном виде, а также реализация действий, направленных на противодействие коррупции.

Напомним, что недавно был утверждён новый состав Общественного совета при Минздраве России. Он был сформирован по новым правилам: на 75% из кандидатов от Общественной палаты и на 25% – от Экспертного совета при Правительстве РФ.

Общественный совет является одной из важнейших площадок для общения с референтными группами – людьми, на которых так или иначе оказывает влияние деятельность ведомства. Однако Минздрав России налаживает и прямые контакты с теми организациями, которые представляют эти референтные группы – это и профессиональное сообщество врачей, и сообщества медработников, и медицинские организации, профсоюзы, сообщество предпринимателей.

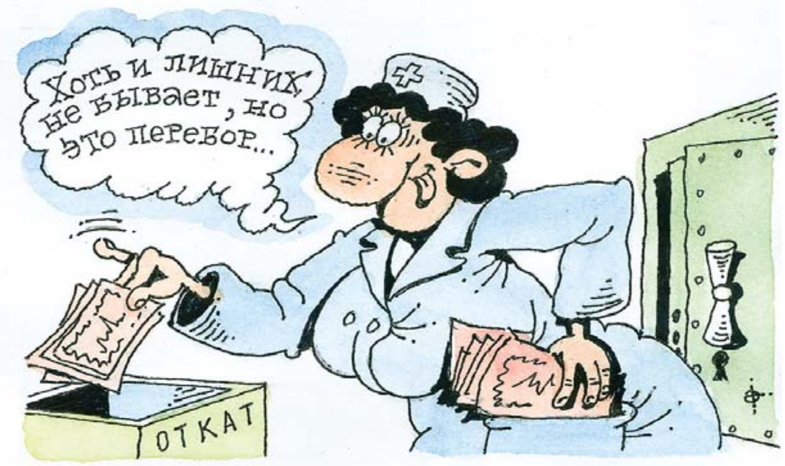
Для противодействия коррупции на официальном сайте Минздрава России был создан специальный раздел, работает телефонная линия по вопросам профилактики коррупционных правонарушений, действует комиссия по конфликту интересов, регулярно рассматривается ход исполнения ведомственного плана по противодействию коррупции.

Кроме того, Минздравом России был инициирован проект по внедрению системы независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями. Такая оценка организована во всех субъектах РФ на основании нормативно-правовых актов, которые были разработаны с участием профессионального сообщества и самих пациентов.

Соб. инф.

Криминал

В размере 10 миллионов


Хоть и лишних не бывает, но это перебор...
ОТКАТ

УМВД России по Архангельской области завершило расследование уголовного дела в отношении сотрудницы областного Минздрава, обвиняемой в хищении более 10 млн руб. бюджетных средств. Расследование было начато в связи с обращением в полицию руководства архангельского Минздрава.

«Как установили сотрудники Управления экономической безопасности и противодействия коррупции УМВД России по Архангельской области, специалист областного Минздрава, обладая правом электронной подписи документов, вносила заведомо ложные сведения, завышая сумму своей заработной платы. По данным следствия, таким образом женщиной было похищено более 10 млн руб. Весной текущего года в отношении сотрудницы было возбуждено уголовное дело по признакам состава преступления, предусмотренного ч. 4 ст. 159 Уголовного кодекса Российской Федерации «Мошенничество», – передаёт пресс-служба ведомства.

При этом, что интересно, в ходе расследования обвиняемая возместила часть причинённого материального ущерба в размере 700 тыс. руб.

«В настоящее время уголовное дело с обвинительным заключением передано в суд», – пояснили в УМВД по Архангельской области.

Примечательно, что это отнюдь не первый случай хищения бюджетных средств сотрудниками архангельского Минздрава. Так, в марте текущего года в отношении одной из сотрудниц было возбуждено уголовное дело по факту хищения 3 млн руб.

Борис БЕРКУТ.

МИА Cito!

Архангельск.

Признание

Лучшие из лучших!

(Окончание. Начало на стр. 1.)

Задача архисложная, поскольку в конкурсе ежегодно принимают участие более тысячи российских медработников. И, как бы высокопарно это ни звучало, главным критерием, по которому выбирают лучших из лучших, является личный вклад врача в развитие российской системы здравоохранения. Ведь, как показали итоги уже первых конкурсов, не боги горшки обжигают: самые смелые и продуктивные идеи в плане создания новых лечебных технологий и организации оказания медицинской помощи рождаются не в далёких от реальностей медицины научных лабораториях, а на рабочем месте практикующего доктора. Они выстраданы его опытом и базируются на самом главном желании врача – помочь своему пациенту.

В нынешнем году состязание проводилось по 30 номинациям. Заслуги каждого из тех, кто занял первые места в своих номинациях, неоспоримы.

Лучшим хирургом назван заведующий нейрохирургическим отделением стационара Пермской краевой ордена «Знак Почёта» клинической больницы (Пермь) **Виталий Кривощёков**. Блестящий нейрохирург, он внедрил в практику работы отделения новые сложнейшие методики диагностики и лечения: эндоскопическое трансназальное транссфеноидальное удаление опухолей гипофиза; эндоскопическую тривентрикулостомию; микрохирургическое удаление опухолей пинеальной области с субтенториальным супрацеребеллярным доступом и другие. А такому количеству добрых отзывов со стороны благодарных пациентов и их родственников, какое поступает в адрес Виталия Давидовича, может позавидовать любой доктор.

Лучший травматолог – ортопед – Эдуард Солод, травматолог-ортопед, доктор медицинских наук, профессор, работает в Центральном научно-исследовательском институте травматологии и ортопедии им. Н.Н.Приорова Минздрава России (Москва). Это как раз тот случай, когда врач является ещё и учёным: Эдуард Иванович – автор 300 научных работ и 8 изобретений, которыми активно пользуются в клинической практике его коллеги и он сам. В частности, профессор Солод изучил и систематизировал особенности оперативного лечения переломов проксимального отдела бедренной кости на фоне остеопороза, который является, несомненно, большой медико-социальной проблемой, так как затрагивает интересы огромного числа людей старшей возрастной группы.

В номинации **«Лучший врач общей практики (семейный врач)»** первое место присуждено **Алевтине Пашиловой**, врачу общей практики (семейному врачу) Обозерского филиала № 2 Плесецкой ЦРБ (Плесецк, Архангельская область). Доктор Пашилова оказывает многопрофильную помощь жителям девяти населённых пунктов в радиусе 40 км. Несмотря на такую высокую нагрузку, Алевтина Владимировна находит время и силы для активной информационно-просветительской работы с населением. Результатом этих усилий стало снижение инфекционной заболеваемости, в том числе за счёт выполнения плана иммунизации населения. По словам Алевтины Владимировны, профилактическая составляющая достигает 25% объёма её деятельности. План диспансеризации на её участке выполняется на 100%.

Лучший фтизиатр – заместитель главного врача по медицинской части Челябинского областного клинического противотуберкулёзного диспансера (Челябинск), врач-фтизиатр **Валентина Охтяркина**. Большой заслугой В.Охтяркиной является то, что она занималась разработкой маршрутизации пациентов фтизиатрического профиля в трёхуровневой системе оказания медицинской помощи. Цель этого проекта – своевременное начало лечения больных туберкулёзом, рациональное использование дорогостоящего медицинского оборудования и оптимальное расходование бюджетных средств. Изменение лечебно-диагностического маршрута человека, больного туберкулёзом, на примере Челябинской области показало высокую эффективность: успешные результаты лечения на стационарном этапе выросли с 54 до 76% по закрытию полостей распада и с 71 до 87% – по показателю негативации мокроты.

Лучшим неонатологом, по решению жюри конкурса, признана **Ирина Сарбаева** – заведующая отделением новорождённых, врач-неонатолог Ухтинского межтерриториального родильного дома (Ухта, Республика Коми). Благодаря внедрению системы адекватной оценки новорождённых в родзале и объективизации показаний для перевода в отделение интенсивной терапии и реанимации число детей, проходящих ОИТР за 10 лет, существенно сократилось и достигло оптимально низких показателей (с 11 до 3%). Значительно снизился показатель перинатальной смертности в учреждении – с 4,57 промилле до 3,28. И ещё один важный результат работы доктора Сарбаевой и её коллег: 99% новорождённых выписываются из роддома на грудном вскармливании, что является результатом больших усилий по изменению менталитета молодых мам.

Музей-усадьба Архангельское встречает гостей

Победа в номинации **«Лучший офтальмолог»** присуждена **Наталье Гончаренко**, офтальмологу Научно-исследовательского института – Краевой клинической больницы № 1 им. С.В.Очаповского (Краснодар). Впервые в Краснодарском крае Н.Гончаренко внедрила в практику офтальмологии технологию сквозной кератопластики при гнойных язвах роговицы и других деструктивных процессах роговой оболочки глаза. Применение этой методики позволило сократить срок пребывания таких больных в стационаре с 30 до 15 койко-дней. Также её усилиями в практику работы клиники внедрены технологии удаления инородных тел из орбиты, костно-пластических операций при сочетанных повреждениях глазного яблока и орбиты.

Лучшим оториноларингологом стал **Эрдэм Батуев** – заведующий отделением, оториноларинголог городской больницы № 5 (Улан-Удэ, Республика Бурятия). Заведуя отделением, Э.Батуев сумел организовать работу так, что количество выполняемых здесь плановых оперативных вмешательств за 3 года увеличилось на 25%. В значительной степени это – результат диалога врачей стационара с врачами поликлиник: последние стали внимательнее относиться к отбору пациентов на плановые госпитализации, а не дожидаться экстренных ситуаций. В то же время при росте хирургической активности специалистам отделения удалось снизить количество послеоперационных и других осложнений.

Номинация **«Лучший врач лабораторной диагностики»**, здесь первенство отдано **Татьяне Юдиной**, заведующей клинико-диагностической лабораторией Консультативно-диагностического центра Минздрава Хабаровского края «Вивея» (Хабаровск). Большой заслугой Татьяны Юрьевны является то, что она обосновала важность диагностики состояния вагинального биоциноза у женщин на протекание и исход беременности. Как врач, стремящийся к постоянному саморазвитию, доктор Юдина проявила интерес к генетическим исследованиям и сама начала выполнять их. Благодаря этому в центре активно используются методы генетической диагностики в кардиологии, онкологии, фармакогенетике, а также для выявления остеопороза.

Звания **«Лучший стоматолог»** удостоена **Ирина Гулящук**, врач стоматолог-терапевт стоматологической клиники Института повышения квалификации специалистов здравоохранения Минздрава Хабаровского края (Хабаровск).

И.Гулящук и её коллеги разработали лечебно-профилактическую программу «Красивая улыбка на всю жизнь!», которая является частью большого информационного проекта «Формирование позитивного отношения к стоматологическому здоровью». Это уникальный проект, благодаря которому жители Хабаровского края стали более внимательны к состоянию своих зубов и полости рта. Хочется подчеркнуть, что Ирина Николаевна – врач в третьем поколении, история этой медицинской династии началась в 1944 г.

Решением конкурсного жюри лучшим **акушером-гинекологом** названа **Елена Зарубина** – заведующая центром, акушер-гинеколог Центральной клинической больницы с поликлиникой Управления делами Президента РФ (Москва). Осознавая важность малотравматичных оперативных вмешательств в акушерстве-гинекологии, Е.Зарубина содействовала внедрению в практику работы роддома метода эндоскопической хирургии, техники наложения косметических швов при пластических операциях. Также в роддоме внедрён метод пренатальной диагностики плода с генетическим обследованием, в чём немалая заслуга Елены Николаевны.

Лучший руководитель медицинской организации: в этом году первое место в данной конкурсной номинации занял главный врач Краевой больницы № 4 (Сочи, Краснодарский край) **Константин Офлиди**. Хочется отметить заслуги Константина Анастасовича не только, как организатора здравоохранения (показатели работы медицинского учреждения имеют положительную динамику), но и как активного пропагандиста медицинских знаний. Более 20 лет К.Офлиди ведёт по местному радио передачу «Наше здоровье», рассказывая населению региона о здоровом образе жизни. А эта задача не менее важная, чем лечить больных.

По итогам конкурса **лучшим врачом-экспертом** стал **Максим Брескун** – судебно-медицинский эксперт Кемеровского областного бюро судебно-медицинской экспертизы (Кемерово). В своей диссертационной работе по теме «Судебно-медицинская оценка колото-рубленых повреждений» Максим Брескун подробно описал механизм и морфологические признаки формирования колото-рубленных повреждений кожи различных областей тела и плоских костей черепа, что даёт возможность судить не только о конструкции травмирующего орудия, но и об условиях следового контакта. Данное научное исследование позволяет специалистам медико-криминалистических подразделений РФ значительно улучшить качество проводимых экспертиз.

Лучший санитарный врач – это звание присуждено **Максиму Кузмичёву**, заведующему радиологической лабораторией Центра гигиены и эпидемиологии (Воронеж). Большой заслугой доктора Кузьмичёва является проведённое им исследование связи онкологической заболеваемости населения Воронежской области с отдалёнными последствиями радиоактивного загрязнения в результате аварии на Чернобыльской АЭС. Полученные материалы, безусловно, имеют важное значение для разработки профилактических и лечебных стратегий в онкологической службе региона.

В номинации **«Лучший психиатр»** первое место заняла **Наталья Тулбаева** – заместитель главного врача, врач-психиатр Республиканской психиатрической больницы № 1 (Уфа). Н.Тулбаева показывает высокую эффективность не только как врач-психиатр, но и как организатор здравоохранения: она считает необходимым в равной мере совершенствовать технологии собственно психиатрической помощи, а также социальной и трудовой реабилитации пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения. Наталья Рифовна содействует тому, чтобы происходило перераспределение оказания медицинской помощи со стационарного звена на амбулаторный, активно продвигает идею внедрения стационарозамещающих технологий в психиатрии.

Лучший педиатр – врач педиатр Рязанского дома ребёнка (Рязань) **Анжелика Жилочкина**. Как признаётся сама Анжелика Михайловна, её основная задача – помочь воспитанникам Дома ребёнка обрести семьи. С этой целью она постоянно совершенствует технологии выхаживания проблемных малышей, прилагает усилия для ранней реабилитации инвалидов. В частности, для решения этой задачи в Доме ребёнка используется новый восстановительный комплекс, состоящий из спелеокамеры, бассейна и вихревой гидромассажной ванны.

В номинации **«Лучший терапевт»** пальму первенства получил **Виктор Лузин** – заведующий терапевтическим отделением № 2 клиники Башкирского государственного медицинского университета (Уфа). Опытный кардиолог, Виктор Юрьевич анализирует и обобщает информацию о роли питания в структуре рисков развития сердечно-сосудистых заболеваний на примере населения Республики Башкортостан. Опубликованные им научные статьи становятся основой методических рекомендаций по профилактике метаболических факторов риска ССЗ.

Лучшим участковым педиатром стала **Елена Бычкова** – участковый педиатр Детской городской больницы (Кемеровская область, Прокопьевск). Умелое планирование и организация работы на участке Е.Бычковой позволили достичь высоких показателей, в частности, увеличилось число детей, находящихся на грудном вскармливании до года с 44 до 63%. Показатель первичной заболеваемости детей на участке доктора Бычковой снизился за 3 года с 1357 случаев до 1096 случаев. Благодаря чётко отлаженной работе по вакцинации на этом педиатрическом участке нет случаев заболевания детей дифтерией, а охват иммунизацией против кори, паротита, краснухи и полиомиелита достиг 100 %.

В номинации **«Лучший участковый терапевт»** на первом месте **Людмила Болтунова** – терапевт Валдайской центральной районной больницы (Новгородская область, Валдай). Огромной личной заслугой Людмилы Ивановны является активная работа по профилактике и раннему выявлению заболеваний. Охват населения флюорографическими обследованиями на её участке достиг 96%. План профилактических прививок от гепатита В, гриппа и дифтерии выполняется на 100%, благодаря чему в последние 3 года на участке не регистрировались случаи заболевания вирусным гепатитом В и дифтерией, а заболеваемость гриппом и ОРВИ снизилась на 20%.

По итогам конкурса звание **«Лучший эндокринолог»** присуждено **Юлии Самойловой** – профессору кафедры эндокринологии и диабетологии Сибирского государственного медицинского университета (Томск). В Томской области несколько чаще, чем в других регионах СФО, выявляется соматотропная недостаточность у детей, она составляет 11% в структуре всех причин низкорослости. При активном содействии профессора Самойловой на базе детской больницы № 1 открыта «Школа роста» для детей, страдающих СТГ. Здесь для каждого маленького пациента разрабатывается комплексная, индивидуальная программа реабилитации. Каковы же результаты её работы? Дети с дефицитом гормона роста на фоне заместительной гормональной терапии рекомбинантным соматотропином прекрасно растут и при длительной терапии могут достичь удовлетворительных параметров физического развития взрослого человека.

Лучший анестезиолог-реаниматолог работает в Кемеровской областной клинической больнице, это врач анестезиолог-реаниматолог **Алексей Мальченко**. Вместе с коллегами по клинике Алексей Леонидович разработал, патогенетически обосновал и внедрил в практику методику противоишемической защиты головного мозга при операциях на экстракраниальных артериях с помощью внутривенного введения перфторана. Такой подход позволяет предупредить интраоперационную ишемию головного мозга или реперфузионные осложнения в раннем послеоперационном периоде.

Другой важной разработкой специалиста стала методика мультимодального нейромониторинга, которая включает в себя определение в динамике концентраций нейронспецифических белков, показателей газового состава крови, метаболизма головного мозга и церебральную оксиметрию. Данная технология обеспечивает возможность объективной оценки эффективности интраоперационной противоишемической защиты головного мозга.

Жюри конкурса назвало **лучшим кардиологом** заведующую отделением неотложной кардиологии Свердловской областной клинической больницы № 1 (Екатеринбург) **Юлию Шилко**. К бесспорным профессиональным заслугам Юлии Владимировны относится то, что она участвовала в организации системы телеконсультативной и выездной помощи тяжёлым больным. Консультации проводятся не только по телефону, но и с использованием телекардиометрии. Ранняя диагностика острого коронарного синдрома, которая является главной целью удалённых консультаций, позволила сократить время от начала заболевания до госпитализации больного в специализированное отделение: более 50% больных поступают в стационар в течение первых 12 часов.

Лучший невролог – заведующая психоневрологическим отделением, невролог Детской городской больницы Святой Ольги (Санкт-Петербург) **Любовь Бессонова**. Являясь руководителем отделения для детей с органическими поражениями ЦНС, нарушениями психики и опорно-двигательного аппарата, доктор Бессонова уделяет большое внимание не только внедрению современных методик лечения, но и реабилитации своих пациентов. Именно успехи, достигнутые Любовью Борисовной и её коллегами в этом плане, привлекают внимание неврологов всей страны. Ежегодно на базе отделения проходят обучение более 100 специалистов из разных регионов России.

В номинации **«Лучший врач медицинской реабилитации»** победила физиотерапевт Красноярской межрайонной клинической больницы № 20 им. И.С.Берзона (Красноярск) **Елена Белезяк**. Специалист с большим опытом работы, она убеждена, что при остром нарушении мозгового кровообращения должна быть активной не только терапия заболеваний, но и реабилитация больного. Эту идею Е.Белезяк сумела донести до специалистов, работающих в региональном сосудистом центре. Теперь здесь придерживаются следующей тактики: в восстановительном лечении больных с ишемическими нарушениями мозгового кровообращения активно используются методы физиотерапии, направленные на усиление пластических возможностей нервной системы, подавления сформировавшихся патологических связей, растормаживание недеятельных нейронов.

Лучший врач по диагностическим исследованиям, согласно результатам конкурса – заведующий отделением, эндоскопист городской клинической больницы № 29 (Новокузнецк, Кемеровская область) **Алексей Короткевич**. Вместе с коллегами за 3 года получил 5 патентов на изобретения: «Способ лечения рубцовых стенозов трахеи», «Способ ранней диагностики несостоятельности мышц тазового дна», «Способ колоноскопии», «Способ оценки тяжести течения острого билиарного панкреатита», «Способ забора желчи из холедоха».

В номинации **«Лучший военный врач»** победителем признан **Михаил Ханин** – главный медицинский специалист (травматолог) Военно-медицинского управления ФСБ России (Москва). Михаил Ханин имеет многочисленные государственные награды, в том числе за участие в боевых действиях. Военно-полевая хирургия известна Михаилу Юрьевичу не по вузовским учебникам: он работал в военных госпиталях, где накопил бесценный хирургический опыт оказания медицинской помощи раненым. Как специалист, владеющий всеми видами остеосинтеза костей, обработки ран, эндопротезирования суставов, трепанации черепа, операций при травме позвоночника, за свою врачебную практику Михаил Юрьевич спас сотни жизней российских военнослужащих.

Званием **«Лучший сельский врач»** отмечен труд педиатра Касимовской центральной районной больницы (Рязанская область, р.п. Гусь-Железный) **Ирины Трикановой**. В своей работе она делает акцент на оздоровлении детей, состоящих на диспансерном учёте. Для каждого ребёнка с учётом его состояния Ирина Борисовна составляет рекомендации по оздоровлению перед поступлением в детский сад и школу. Она убеждена: если не провести санацию отклонений здоровья, это может затруднить усвоение ребёнком учебной программы. Благодаря работе детского доктора Трикановой, состояние здоровья первоклассников значительно улучшилось.

Лучшим врачом скорой медицинской помощи жюри конкурса назвало **Малику Ким** – врача Станции скорой медицинской помощи (Белгород). Все мы понимаем, насколько важным в прогнозе жизни «экстренного» больного является уровень квалификации врача «скорой», приехавшего на вызов к пациенту. Малика Акпаровна – тот врач, о котором, если можно так сказать, «мечтает» каждый человек: она способна оказать помощь не только у постели больного, но и проводить интенсивное лечение во время транспортировки в стационар. Владеет методиками интубации трахеи, коникотомии, пункции, катетеризации центральных и периферических вен, плевральной полости, методиками применения препаратов для внутривенного наркоза, умеет регистрировать и анализировать электрокардиограммы. Об уровне профессионализма доктора Ким говорит то, что расхождение диагнозов, выставленных пациентам её бригадой и врачами стационаров, не превышает 0,5-1%.

Награду, как **лучший инфекционист**, в этом году получит **Наиля Фазылова** – заведующая взрослым диагностическим отделением городской инфекционной больницы (Прокопьевск, Кемеровская область). Она является прекрасным диагностом, к её услугам нередко прибегают коллеги, когда возникает необходимость провести дифференциальную диагностику заболеваний, ряд симптомов которых схож с симптомами инфекционной патологии: острый аппендицит, желчнокаменная и мочекаменная болезни, ущемлённая грыжа, различные локализации флегмоны. Наиля Гарифовна относится к числу тех врачей, которые, получив образование, не останавливаются на достигнутом и постоянно учатся чему-то новому, совершенствуют свой профессионализм. Так, инфекционист Фазылова в совершенстве владеет методиками ректороманоскопии, люмбальной пункции, лечения гиповолемического, инфекционно-токсического и анафилактического шоков, отёка – набухания головного мозга, оказания первой помощи при кардиогенном шоке.

Первое место в **специальной номинации** присуждено заведующему хирургическим отделением Республиканской больницы № 2 – ЦСЭМП (Республика Дагестан, Махачкала) **Магомеду Абдулжалилову**. За свою более чем тридцатилетнюю врачебную деятельность он подготовил для здравоохранения Республики Дагестан свыше 100 интернов и ординаторов по специальности «хирургия». Автор 200 научных работ и 6 патентов на изобретение, опытнейший хирург, Магомед Курбанович содействовал тому, чтобы в практику работы дагестанских врачей были внедрены современные методы: эндовидеохирургические вмешательства на органах брюшной полости, эндовидеогемостаз при гастродуоденальных кровотечениях, склеротерапия и лигирование варикозно расширенных вен пищевода, реконструктивные операции на органах ЖКТ и многие другие.

Званием **лучшего онколога** отмечена работа **Вячеслава Самойленко**, главного медицинского специалиста (онколога) Военно-медицинского управления ФСБ России (Москва). Вместе с коллегами он разработал и внедрил в клиническую практику способ лечения злокачественных новообразований кожи в проблемных зонах (лицо, уши, преддверия носа, паховая область). Об организаторском опыте В.Самойленко говорит показатель выявления злокачественных новообразований на I-II стадиях у прикреплённого контингента в медорганизациях ведомства – 70% (в Москве – до 50%).

Коллектив редакции «Медицинской газеты» искренне поздравляет победителей конкурса!

Далёкое – близкое

Мы помним как всё начиналось...

Конкурс на высокое звание не завершён

Вот и настал этот счастливый день торжественной церемонии награждения победителей Всероссийского ежегодного конкурса «Лучший врач года» – 2016. Сколько волнений, надежд пережили те, кто сегодня приехал в Москву из разных уголков нашей огромной страны, чтобы получить достойную награду за свой нелёгкий труд и отныне называться лучшими докторами страны. И так понятны нескрываемая радость, открытые улыбки, тёплые рукопожатия коллег, которые до этого были даже не знакомы друг с другом, а здесь объединились, почувствовали, как они – «люди в белых халатах», одно крепкое дружное врачебное сословие – важны для общества, и их работа, их тяжелейший труд страна оценила по достоинству.

Лауреат конкурса принимает награду от министра

Давайте вспомним историю нашего конкурса длиною в 16 лет. В далёком теперь уже 2000 г. три авторитетных организации – Министерство здравоохранения РФ, Профсоюз работников здравоохранения России и «Медицинская газета» – предложили учредить творческое состязание для врачей. Нелёгкий путь был пройден учредителями от рождения идеи до воплощения её в жизнь, и немало сил вложил в это коллектив нашей «Медицинской газеты». Следовало разъяснять идею, преодолевать неверие окружающих. Но усилиями многих людей выработали Положение о конкурсе, изыскали средства на его проведение.

И вот, 6 февраля 2001 г. на заседании коллегии Минздрава России был заслушан вопрос о проведении ежегодного Всероссийского конкурса на звание «Лучший врач года». На нём было подчёркнуто, что никогда ещё подобные конкурсы, в которых может участвовать любой практический врач из любого региона страны, не проводились даже в СССР. На заседании определили состав центральной конкурсной комиссии, куда вошли видные учёные, медики, представители профсоюзных организаций, Госсанэпиднадзора (Роспотребнадзор). Первым председателем его был наш знаменитый академик РАН и РАМН Андрей Иванович Воробьёв. Высшей наградой конкурса утвердили приз – «Хрустальную Гигиею». Богиня здоровья стала отныне символом и олицетворением важного события в жизни медицинского сообщества. Почти год ушёл на рассылку документов, разъяснение задач и целей конкурса, сбор и сортировку присланных на конкурс работ по номинациям, создание комиссий, которые рассматривали и утверждали претендентов на победу. Большой коллектив медиков, журналистов, представителей профсоюза сделали всё, чтобы это грандиозное событие состоялось.

Незабываемым днём стал «самый тёплый день в январе» – день первой торжественной церемонии награждения победителей отныне нового Всероссийского конкурса на звание лучшего врача. Надо напомнить, что тогда он проводился зимой, в январе, как итог года, на одной из лучших площадок столицы – «Президент – отеле». Было в нём всего 11 номинаций. Впоследствии по предложению общественности они разрослись.

Шло время, конкурс набирал силу. С каждым годом всё больше врачей из регионов участвовали в борьбе за получение звания лучшего врача страны. Если в первый год их было около 300 человек, то в последующие годы их число всё время росло, в этом году – 600 докторов. Соревновались врачи не только крупных республиканских, областных, городских больниц и поликлиник, но и сельских медицинских учреждений, далёких от столиц районов и посёлков.

Знаменательным событием в жизни конкурса стал 2010 г., когда впервые прозвучало сенсационное сообщение, что отныне конкурс приобретает статус правительственного мероприятия. Постановление, подписанное Владимиром Путиным, в то время председателем Правительства РФ, содержало пункт о том, что государство выделяет значительные средства на премирование победителей: за 1-е место – 500 тыс. руб., за 2-е – 300 тыс. руб., за 3-е – 200 тыс. руб. Церемония награждения лауреатов в тот год проходила в Доме музыки столицы – одном из самых престижных концертных залов. Впервые в нём принял участие и сам премьер-министр. Открывая конкурс, в своей речи В.Путин подчеркнул, что лауреаты своим трудом, талантом сумели добиться значимого, яркого результата в такой важной и нужной людям профессии, для кого лечение людей – истинное призвание, а для многих – просто священный долг. Он напомнил, что врачи принимают решения, от которых зависит жизнь и здоровье людей, и выразил благодарность всем медицинским работникам.

В последние годы Министерство здравоохранения РФ проделало большую работу по совершенствованию условий конкурса. Внедрены новые системы оценки качества работы врачей, выдвинутых регионами на конкурс, поднята значимость общественных организаций в оценке лучших по профессии, обсуждение работы конкурсантов стало более объективным и независимым от личных пристрастий, благодаря чему будущие лауреаты и рекомендующие их организации стали ответственно подходить к выдвижению кандидатур на конкурс что, несомненно, повышает его престиж.

«Медицинская газета» подготовила и издала книгу «Хрустальная богиня для врача», где рассказано о трудностях и успехах в работе победителей, названы их фамилии и адреса – это не только знак уважения тем, кто получил награды, но и их близким, внукам и правнукам. На обложке книги перечислены сотни республик, областей, городов, далёких посёлков, врачи которых рискнули посоревноваться и доказать, что они лучшие в своей профессии.

Путь к победе – нелёгкое испытание для врачей. Но таким же испытанием он становится каждый раз и для тех, кто организует конкурс, проводит работу по его подготовке и проведению, кто приближает врачей к победе. А значит и те, кто поставил перед собой задачу – победить, и те, кто помогает им в осуществлении их мечты, вместе куют победы – и Минздрав России, и Профсоюз работников здравоохранения РФ, и коллектив «Медицинской газеты». И они по праву отмечают торжественную церемонию награждения победителей «Лучший врач года» как наше общее достижение. Ну а те, кто дерзнул посоревноваться за звание лучшего, доказать своё высокое мастерство, профессионализм, душевные качества, чуткость к человеку, которому нужна помощь, сегодня отметят своеобразный памятный день рождения – рождение признанного всей страной специалиста. В торжественной обстановке церемонии, получив приз «Хрустальная Гигиея», диплом и, конечно, цветы, помните, что теперь вы несёте ещё большую ответственность за свою работу, за жизнь своих пациентов. Будьте всегда достойны высокого звания «Лучший врач года».

Материалы подготовили
Валентина ЗАЙЦЕВА,
член центральной конкурсной комиссии Всероссийского конкурса «Лучший врач года», член редакционной коллегии «МГ».

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Алексей ПАПЫРИН,
директор информационного агентства «МГ».

Александр ХУДАСОВ,
корр. «МГ» (фото).

Авторитетное мнение

Кровь одна, решения – разные

Российская трансфузиология на фоне всего мира

Недавно в Дубае (Объединённые Арабские Эмираты) состоялся очередной Всемирный конгресс Международного общества переливания крови. Участие в нём приняли почти 3 тыс. специалистов из 97 стран, что само по себе говорит о значении обсуждаемых в рамках этого форума проблем и задач.

Об основных достижениях мировой трансфузиологии и о том, как в этом плане на фоне остальных стран выглядит Россия – в интервью одного из участников конгресса, заведующего кафедрой трансфузиологии и проблем переливания крови Института усовершенствования врачей Национального медико-хирургического центра им. Н.И.Пирогова Минздрава России, доктора медицинских наук, профессора Евгения ЖИБУРТА.

Евгений Жибурт

– Евгений Борисович, начнём с организации работы службы крови. У нас в стране этому разделу уделяется достаточно внимания, а чем на форуме хвалились ваши зарубежные коллеги?

– В разных странах добиваются одной и той же цели – чтобы в здравоохранении был достаточный объём безопасных компонентов крови. В силу разницы социальных, экономических и географических условий решения находятся разные. По части географии Россия очень неоднородна: есть Краснодарский край с его густонаселённым югом, и есть Якутия с огромными незаселёнными площадями и весьма непростым транспортным сообщением. Может ли быть в РФ единая модель организации работы службы крови? Нет. Поэтому нам интересен опыт других стран, а им – наш.

Например, в службе крови Южно-Африканской Республики 84 стационарных донорских пункта, плюс ежегодно проводится около 3 тыс. выездных донорских сессий. При этом на всю страну только 2 диагностических лаборатории, которые работают круглосуточно и куда кровь доставляют самолётами, и 7 центров по переработке крови на компоненты. Служба крови в ЮАР централизована, ею руководит один человек. Там считают, что для страны с населением 40 млн человек такой структуры достаточно.

Давайте сравним с Россией. У нас численность населения больше, чем в ЮАР, всего в четыре раза, при этом не 28 центров переработки крови, как, казалось бы, должно быть, а минимум 500. И неизвестное количество лабораторий. А данных о точном количестве донорских пунктов вообще нет, равно как о количестве выездных сессий.

– А нужно знать эти данные? Это поможет делу?

– Конечно, нужно. Хотя бы для понимания, достаточно этого количества донорских пунктов, или их не хватает? А может быть, наоборот, можно оптимизировать работу службы крови, сократив количество ПЗК и выездов. Но прежде чем такие выводы делать, нужно иметь точные сведения.

Если сопоставительный анализ покажет, что служба крови какой-то страны, работая в аналогичных условиях, добивается лучшего результата, то есть заготавливает больше крови на единицу персонала, то имеет смысл изучить этот опыт и экстраполировать что-то из него в свою практику.

– Мы же понимаем, что централизовать службу крови в небольшой стране проще, чем в РФ.

– Процесс централизации идёт и в России, в том числе благодаря тому, что мы изучаем международный опыт. Пятнадцать лет назад у нас было в три раза больше организаций, заготавливающих кровь, сейчас во многих субъектах РФ это одна организация. И это очень хорошо, потому что одна организация может позволить себе хорошее, дорогое, эффективное оборудование.

Да, в Якутии централизовать службу крови сложно по объективным причинам: расстояния между населёнными пунктами большие, связь только авиацией. Но таких субъектов в составе РФ единицы. Поэтому в целом по стране можно и нужно продолжать централизацию сложных технологий службы крови.

– Чем ещё удивили участники форума?

– В Австралии внедрили передачу концентратов тромбоцитов с истекающим сроком хранения из госпиталей с низкой частотой переливания в госпитали с высокой частотой переливания этих клеток. Списание по сроку годности спустя 20 месяцев сократилось с 17 до 7,6%.

Мне кажется, это очень хороший опыт, который нужно перенимать. Но у нас в стране не существует регламента и механизма возврата в центр крови неиспользованных компонентов до истечения срока их годности. А действующий порядок передачи компонентов крови из одной клиники другому бюджетополучателю такой сложный, что реализовать его очень трудно. И если в отдельных регионах это делают, то не благодаря, а вопреки.

Должна быть централизованная электронная система управления запасами компонентов крови в рамках региона. Пока таких примеров в Российской Федерации немного, и анализ их деятельности мировому сообществу трансфузиологов не представлен. Не говоря уже об опыте межрегионального взаимодействия центров крови, которого вообще нет, но который дал бы возможность оптимизировать заготовку крови и снизить списание компонентов по сроку годности.

Куда пойдёт эта плазма – на карантин или вирусинактивацию?

– Какие вопросы из раздела «донорство» обсуждались на площадках форума?

– Активно обсуждалось участие представителей сексуальных меньшинств в донорском движении. Прозвучали данные: мужчины, практикующие секс с мужчинами (МСМ), составляют 4,5% населения Канады и 3,5% населения Великобритании. Основное количество новых случаев ВИЧ-инфекции именно среди этой категории населения: доля МСМ среди вновь инфицированных ВИЧ в Великобритании составляет 35%, в США – 65%, в Австралии – 90%. Очевидно, что для службы крови любой страны данное обстоятельство имеет огромное значение.

За рубежом люди из категории МСМ не просто не скрывают особенностей своего сексуального поведения, а напротив, подчёркивают это и настаивают на своём гражданском праве быть донорами крови. У них есть активное политическое лобби.

Наши западные коллеги подошли к этому вопросу не с точки зрения гражданских прав, а из эпидемиологических соображений: раз в вашей группе ВИЧ-инфекции настолько много, причём свежей, трудно диагностируемой, то мы вас к донорству не будем допускать. В США их не допускают вообще. В странах Европы пошли по пути временных отводов МСМ от донорства – от полугода до года.

Везде этому вопросу уделяется серьёзное внимание, кроме России. В то же время, согласно материалам Российского Федерального центра по профилактике и борьбе со СПИДом, в среде представителей секс-меньшинств ВИЧ-инфекции в 20 раз больше, чем в популяции в целом. Это группа высочайшего риска, однако у нас вопрос их участия в донорстве вообще не обсуждается.

Спрашивается, как узнать, что перед вами МСМ, ведь в анкете донора нет графы о сексуальной ориентации? Давайте изучим опыт других стран и начнём действовать.

– Но ведь эта мера не исключит на 100% вероятность ВИЧ-инфицирования реципиентов.

– Вы правы, не исключит. Но минимизирует такой риск. Ежегодно в нашей стране выявляется около 1,5 тыс. случаев ВИЧ-инфекции среди доноров и от 3 до 5 случаев заболевания реципиентов после гемотрансфузии. За рубежом такие ситуации тоже происходят. Все они связаны с биологией инфекции – существованием серонегативного окна. Поэтому наряду с поиском генома вирусов надо активно внедрять следующий этап обеспечения безопасности крови – инактивацию патогенов.

На конгрессе были представлены материалы исследований технологий вирус-инактивации разных компонентов. В целом результаты высокие.

– Вы имеете в виду стопроцентную инактивацию всех компонентов, включая плазму? То есть вместо заморозки и карантина сразу её инактивировать и отправлять в клиники? Ведь это очень дорогая технология, бюджета страны хватит?

– Нам не нужна 100-процентная инактивация плазмы. Нужно продолжать карантинизировать плазму от регулярных доноров, когда мы точно знаем, что этот человек придёт через полгода на очередную кроводачу. А от первичных доноров плазму не надо закладывать на карантин, её следует либо подвергать вирусинактивации и сразу передавать в клинику, либо отдавать на производство препаратов, также включающее этапы инактивации патогенов.

Кстати, эта мера равно важна как для профилактики заражения реципиентов от ВИЧ-инфицированного донора, так и от донора с вирусным гепатитом, а таковых становится всё больше.

– В вопросах качества компонентов крови как выглядит российская трансфузиология?

– Нам есть к чему стремиться. В мире нарастает интерес к пулированию компонентов крови, и тому существует ряд причин. Например, этическая: доноры хотят, чтобы их кровь была перелита. Но в нашей стране тромбоциты, находящиеся в цельной крови, сейчас в основном выбрасывают. У нас 70% тромбоцитов получают методом афереза. А в Германии 80% тромбоцитов получают из донорских пулов: лейкотромбоцитарные слои от нескольких доноров собирают в пул и получают из них полноценную лечебную дозу тромбоцитов.

Экономическая причина: инактивация патогенов в компонентах крови – весьма эффективная, но не дешёвая технология. Взрослому человеку массой более 80 кг нужно перелить не менее 4 доз донорской плазмы или тромбоцитов, выделенных из цельной крови. Если подвергать вирусинактивации каждую из 4 доз, затраты выше в 4 раза, чем если инактивировать пул и затем перелить его реципиенту. Наши зарубежные коллеги показывали свой опыт, в том числе экономический, результатами они довольны.

В России есть несколько инициативных центров крови, которые имеют очень хороший опыт пулирования компонентов: в Санкт-Петербурге, Новосибирске, Уфе, Красноярске. А в общем, по стране интерес службы крови к этой теме только на этапе зарождения. Я не говорю, что все без исключения центры крови обязаны внедрять технологию пулирования, в небольших субъектах РФ это даже нецелесообразно. Но в целом нужно её пропагандировать и прописывать в нормативной базе как технологию, возможную к применению. Пока этого нет.

– Раздел клинической трансфузиологии: что из рассказанного на конгрессе, по вашему мнению, требует внимания российских специалистов?

– Здесь мы как раз перейдём от проблем к достижениям. И не за рубежом, а в Смоленской области Российской Федерации.

Было много докладов о частоте и объёмах переливания крови при хирургических вмешательствах, в том числе при эндопротезировании тазобедренного сустава. Наши зарубежные коллеги гордятся тем, что у них частота переливаний сократилась со 100 до 30%, а где-то и до 20%. Это произошло благодаря тому, что стала более совершенной хирургическая техника, появился другой инструментарий и медикаментозное обеспечение, в частности, найдены ингибиторы фибринолиза.

А специалисты из Смоленского центра травматологии показали свои наработки: при эндопротезировании тазобедренного сустава они переливали эритроциты только 1,1% пациентов (в 7 случаях из 632). Это действительно высокий класс. Мировые лидеры кровесбережения работают в Смоленске.

Беседу вела Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Фото Юрия ЛУНЬКОВА.

Беседы с корифеями

Зловещий букет

Комορбидность – побочный эффект отраслевого прогресса

Одним из ключевых показателей эффективности системы здравоохранения в той или иной стране на сегодняшний день является распространённость коморбидности (полиморбидности) среди населения. Полиморбидный больной на современном этапе – явление весьма распространённое в ежедневной практике докторов. Сложившаяся ситуация объясняется множеством факторов, главным из которых, несмотря на кажущуюся парадоксальность, является отраслевой прогресс последних нескольких десятилетий. Как следствие – в связи с увеличением продолжительности жизни – население во всём мире стареет, параллельно обзаводясь всё новыми заболеваниями. Что касается нашей страны, то, согласно экспертной оценке, в наличии у 80% российских пациентов имеются 4 и более различных патологий.

О наиболее актуальных вопросах, касающихся диагностики коморбидности и ведения пациентов с сочетанной внутренней патологией, а также возникающих в этой связи проблемах должной подготовки врачей, в интервью «МГ» рассказал крупный учёный-интернист и кардиолог, ведущий эксперт нашей страны в области профилактики неинфекционных заболеваний (НИЗ), главный научный сотрудник – начальник отдела профилактики коморбидных состояний Государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины Минздрава России, академик РАН Рафаэль ОГАНОВ.

– Рафаэль Гегамович, чем обусловлена столь высокая актуальность коморбидности у нынешних пациентов?

– Коморбидность существовала всегда. Говорить о внезапном и неожиданном её появлении – в корне неправильно. Однако в течение последних 10-15 лет эта тема стала особенно актуальной. Дело в том, что в связи с увеличением продолжительности жизни население стареет, а чем старше человек – тем больше у него болезней. Наряду с этим на отраслевом поприще достигнуто немало успехов. Мы стали лучше диагностировать и лечить множество различных заболеваний – как острых, так и хронических. При этом, что интересно, целиком и полностью избавить пациента от большинства хронических патологий современная медицина не в состоянии. Как следствие – мы наблюдаем накопление «хроников» с той или иной степенью компенсации имеющихся в анамнезе болезней.

Хочу подчеркнуть, что под коморбидностью следует понимать как связанные, так и не связанные между собой патогенетически 2 и более нозологий. Всё это создаёт немало трудностей как для самого пациента, так и для докторов и системы здравоохранения в целом. Что касается непосредственно человека, то коморбидность сказывается и на качестве его жизни, и на эффективности трудовой деятельности и др.

Врачам от этого тоже не легче. Хотим мы этого или нет, клиническая медицина сегодняшнего дня развивается по пути специализации. Уйти от этого не представляется возможным. Технологии диагностики и лечения растут настолько быстро, что врач в одиночку просто физически не в состоянии поспеть за столь стремительным прогрессом. Приведу небольшой пример: в настоящее время практически нет полноценных кардиологов. Вместо них мы видим специалистов по ишемической болезни сердца, сердечной недостаточности, нарушениям ритма и пр. Даже современные клинические рекомендации формируются не по кардиологии в целом, а по отдельным её направлениям и даже – нозологиям.

Получается некий парадокс: медицина движется по пути специализации, а больных с сочетанной патологией становится всё больше. А ведь кто-то должен их лечить. В экономически развитых странах существует командный подход к ведению полиморбидных пациентов, где «капитаном» бригады докторов является семейный врач. Применение на практике такого подхода в нашей стране на современном этапе мне кажется весьма маловероятным. Современные поликлиники просто-напросто не готовы к этому – как с организационной стороны, так и в плане подготовки специалистов.

Кроме того, необходимо отметить и тот факт, что полиморбидный больной обходится отрасли куда дороже. Чем объёмнее «букет» заболеваний у человека, тем, как следствие, больше средств необходимо инвестировать в диагностику и лечение.

– Каковы основные «портреты» коморбидности?

– Чаще всего это заболевания, имеющие общие факторы риска. Например – курение. Эта пагубная привычка является фактором риска как для сердечно-сосудистых заболеваний, так и для респираторной патологии, а также злокачественных новообразований. Или – ожирение. Оно автоматически предрасполагает всё к тем же болезням сердца и сосудов, сахарному диабету 2-го типа и прочей эндокринологической патологии, а также заболеваниям печени. Чаще всего портрет коморбидного пациента формируется на основе общих факторов риска для разных групп заболеваний.

Также в основе развивающейся коморбидности могут лежать общие для различных нозологий патогенетические механизмы. Например – воспаление. Этот патологический процесс лежит в основе множества патологий – от хронической обструктивной болезни лёгких до рассеянного склероза. Таким образом, основные «портреты» коморбидного пациента создаются вследствие общности факторов риска и общих патогенетических механизмов для той или иной нозологии.

– Если говорить о сердечно-сосудистой коморбидности, то сочетание каких патологий распространено в наибольшей степени?

– Главным образом, это всё, к чему приводит такое системное заболевание, как атеросклероз. Речь, главным образом, идёт о трёх наиболее «любимых» областях возникновения атеросклероза – коронарном бассейне, периферических артериях и церебральном русле. Мы на этот счёт проводили ряд исследований в регионах нашей страны. Так, к примеру, на Алтае у 30% сердечно-сосудистых больных имеются одновременные атеросклеротические поражения перечисленных только что областей артериальной сети.

– С высоких трибун всевозможных отраслевых мероприятий в последние несколько лет много говорится о проблеме политерапии в связи с коморбидностью. Как влияет одновременное наличие нескольких патологий на тактику ведения пациентов?

– Прежде всего это влияет на прогноз. Как правило – в худшую сторону: уменьшается продолжительность жизни и снижается её качество. Наряду с этим отнюдь нередки ситуации, когда лекарственные средства, используемые для одной из имеющихся патологий, весьма негативно сказываются на течение другого заболевания, имеющегося у пациента. Например – глюкокортикостероиды оказывают весьма положительное действие на купирование обострения той или иной респираторной патологии, негативно при этом влияя на сердечно-сосудистый компонент здоровья. Ровным счётом наоборот дело обстоит с применением бета-блокаторов, фармакологический эффект которых весьма позитивно сказывается на состоянии сердечно-сосудистой системы, ухудшая при этом течение того или иного заболевания органов дыхания.

– Существуют ли эффективные принципы профилактики развития коморбидных состояний?

– Основной принцип профилактики неинфекционных заболеваний – как отдельно взятых, так и при наличии у больного полиморбидности, – заключается в своевременном выявлении факторов риска, общих для той или иной группы болезней и адекватном воздействии на них. На этой основе пытаются предупредить развитие той или иной группы неинфекционных заболеваний и, как следствие, коморбидности. Либо с помощью изменения образа жизни, либо – медикаментозно. Это наиболее рационально.

– В этой связи напрашивается вопрос об уровне комплаентности наших пациентов…

– Комплаентность – это общемировая проблема. Особенно это актуально для патологических состояний, не проявляющихся никакими симптомами. Например – гиперхолистеринемия. Повышение холестерина в крови длительно ничем не проявляется клинически. То же самое касается и артериальной гипертонии. Наряду с этим считаю важным подчеркнуть, что наличие побочных эффектов той или иной группы медикаментов весьма негативно отражается на комплаентности.

С моей точки зрения, в этой связи необходимо повышать уровень просвещённости населения. В этом процессе докторам должны всячески содействовать СМИ. Также, по моему мнению, необходимо создавать благоприятные условия для реализации рекомендаций врачей. Например – «комфортные» цены на лекарства.

Кроме того, полагаю, людей следует всячески стимулировать в случае ответственного отношения к своему здоровью – как морально, так и материально. Что касается каких-либо административных мер, то я не нахожу в этом позитива. Такой подход вызывает лишь агрессию и противодействие со стороны населения. Я глубоко убеждён в том, что таким методом ничего не добьёшься.

– Современные доктора подчас грешат гипердиагностикой болезней. Существует ли данная проблема применительно к коморбидности?

– Безусловно. Корморбидность только усиливает гипердиагностику. Огромную, если не единственную, роль в этом вопросе играет квалификация врача. Это – одна из ключевых отраслевых проблем на современном этапе. Как я уже говорил вначале, осуществить в современной поликлинике «командный» подход к ведению полиморбидных пациентов, практикуемый в экономически развитых странах, практически нереально: в нашей стране нет семейной медицины как таковой. Тем не менее, несмотря на развитие клинической медицины по пути специализации, именно специалист первичного звена является главным действующим лицом в системе оказания медпомощи в экономически развитых странах. К этому должны стремиться и мы.

– Каким образом?

– Я полагаю, что будущих докторов с младших курсов медицинского вуза надо ориентировать на более широкий подход к ведению пациентов, параллельно формируя у них «профилактическое» мышление – предупреждать болезнь. Именно обучать, а не переобучать в течение непродолжительного времени, что мы сейчас наблюдаем. Переобучение уже сформировавшихся специалистов не принесёт положительных результатов. За красивыми названиями останется прежняя суть.

С моей точки зрения, именно вследствие принципиально нового подхода к подготовке врачебных кадров произойдёт смена поколений в медицине. На смену нынешним докторам первичного звена, выполняющим по большей части функции диспетчера-распределителя пациентов по узким специалистам безо всякой на то надобности, придут новые, разбирающиеся в многообразии внутренней патологии значительно лучше. И вот здесь, как мне кажется, необходим некий «директивный» подход. У меня не вызывает сомнений, что, прежде чем стать узким специалистом, доктор обязан в течение нескольких лет отработать в первичном звене, ибо хороший узкий специалист прежде всего является хорошим терапевтом. Это надо закрепить законодательно.

– Для более эффективной подготовки кадров как на дипломном, так и на последипломном этапах медицинского образования в связи с упразднением обучения в интернатуре у некоторых клиницистов родилась идея о переводе большей части клинических кафедр медицинских вузов из стационара в поликлинику. Как вы это оцениваете?

– С моей точки зрения, это в значительной степени верно. Что касается студентов, то, с учётом ориентации отрасли в сторону первичного звена, как минимум половина их обучения на клинических кафедрах должна проходить амбулаторно. Разумеется, ни в коем случае нельзя целиком и полностью отказываться от классического принципа освоения всей совокупности внутренней медицины в стенах стационара: пропедевтика внутренних болезней, факультетская и госпитальная терапия.

В процесс подготовки на последипломном этапе, по моему убеждению, необходимо включать ротацию молодых докторов между поликлиникой и стационаром, как это происходит в экономически развитых странах, где последипломное образование длится немногим короче дипломного. Это в значительной степени обеспечивает подготовку квалифицированных кадров. В этой связи отмена интернатуры мне представляется не слишком продуманным решением. Клинически неподкованный, свежеиспечённый специалист по окончании вуза сразу пустится в самостоятельное плавание по неизведанному океану клинической науки. С моей точки зрения, без старших коллег здесь не обойтись. Очевидно, что выпускник-медик должен в течение какого-то времени проработать под присмотром более опытных докторов, которые познакомят его с практической медициной как таковой.

– В некоторых экономически развитых странах пальму первенства в структуре общей смертности населения у сердечно-сосудистых болезней «перехватила» онкология. За счёт чего это было достигнуто?

– Да, действительно. В Дании, Бельгии, Франции, Израиле, Нидерландах, Португалии, Словении, Испании и Люксембурге вот уже несколько лет как в структуре общей смертности населения «лидируют» злокачественные образования. Всё это объясняется первичной и вторичной профилактикой НИЗ – образом жизни населения и квалификацией докторов: адекватным ведением пациентов в случае возникновения того или иного социально значимого НИЗ. Сей факт красноречиво свидетельствует о том, что с патологией сердца и сосудов справиться вполне реально. Мне кажется, что в нашей стране этот «перекрёст» произойдёт нескоро. Образ жизни меняется как минимум в течение нескольких десятилетий. Эффективная профилактика НИЗ – процесс долгий. И наряду с докторами в этом процессе должно участвовать государство.

Беседу вёл
Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ,
обозреватель «МГ».

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 74 (2013)

Бронхолёгочная патология в пожилом возрасте

Клинический разбор

В амбулаторной пульмонологической клинике была осмотрена 60-летняя женщина по поводу усиливающейся одышки.

Из анамнеза известно, что в предшествующие 2 года у неё появилось лёгкое непродуктивное покашливание, многократное в течение дня.

До обращения за медицинской помощью в течение нескольких месяцев у пациентки было три эпизода повышения температуры до 38,9^{0}С. После третьего эпизода заболевания она отметила одышку и откашливание мокроты. Была осмотрена врачом амбулаторно. На рентгенограмме грудной клетки патологии выявлено не было. Назначены азитромицин и комбинированные ингаляции будесонида формотерола и фумарат дигидрата.

16 дней спустя одышка усилилась, сопровождалась лихорадкой и стеснением в груди. При обследовании в отделении интенсивной терапии выполнена рентгенография грудной клетки, которая показала наличие в лёгких изменений, похожих на рубцевание или уплотнение; был назначен левофлоксацин. Ещё 10 дней спустя при КТ, выполненной согласно протоколу при подозрении на лёгочную эмболию, таковой выявлено не было. На ЭКГ отмечена нормальная функция левого желудочка и отсутствие лёгочной гипертензии.

За 7 месяцев до вышеописанного обследования результаты тестирования лёгочных функций давали повод предполагать обструктивную болезнь лёгких – снижение скорости выдоха. Уровень альфа1-антитрипсина был нормальный. В течение следующих 4 месяцев больная отмечала усиливающуюся одышку при подъёме по лестнице и быстрой ходьбе. Приблизительно 4,5 месяцев спустя были повторно тестированы функциональные лёгочные показатели – результаты были прежние. Дополнительное тестирование выявило аллергию на креветки, моль, дуб и берёзу.

За 27 дней до обследования больная снова обратилась к своему врачу по поводу усиливающейся одышки; был назначен альбутерол (через небулайзер), преднизолон. Неделю спустя при обследовании пульмонологом в другой клинике АД 147/96 мм рт.ст., пульс 91/мин. Оксигенация крови 94% при дыхании комнатным воздухом. Результаты других исследований были нормальными. За 13 дней до обследования вновь были выполнены исследования на функциональные показатели лёгких – отмечены ранее выявленные отклонения.

КТ грудной клетки с контрастом выявила мелкие цилиндрические бронхоэктазы преимущественно в нижней доле левого лёгкого в базальных сегментах обеих нижних долей, в средней доле правого лёгкого и нижнем лингулярном сегменте, одновременно небольшое диффузное утолщение стенок бронхов. Отмечен также небольшой ателектаз (или рубец) в медиальном сегменте средней доли правого лёгкого. Однако фокальных изменений не было выявлено. Кроме того, на КТ была видна диафрагмальная грыжа.

Больная была переведена в пульмонологическую клинику этой же больницы. При обследовании она жаловалась на всё усиливающуюся одышку и слабость, особенно выраженную в последние 3 месяца, что заставляло её отдыхать после ходьбы или подъёме по лестнице. Она также отметила появление продуктивного кашля с зеленоватой мокротой, лихорадку. Кроме того, усилилась частота чувства стеснения в верхних дыхательных путях. За последние месяцы она похудела на 2,5 кг. У неё была гиперхолестеринемия, повышенная чувствительность и lichen sclerosus. Ей произведена тотальная замена коленного сустава. В молодом возрасте выкуривала две пачки сигарет еженедельно. Из лекарств принимала гидрохлортиазид, левотироксин, монтелукаст, мультивитамин и витамин С per os, будесонид дипропионат в мази, будесонид формотерол в ингаляции, бетаметазон дипропионат, клобетазол пропионат в мази и эстрадиол (вагинальный крем) как местные аппликации, циклоспорин – глазная эмульсия и флутиказон фуроат (назальный спрей). Она не знала, была ли у неё аллергия на лекарства. Замужем, имеет двоих детей, держит двух собак. Работала менеджером в области медицины, живёт в пригородном районе, несколько месяцев назад посетила Европу. У её матери болезнь Альцгеймера, у сестры синдром неуплотнённого (noncompaction) левого желудочка. Дети здоровы.

При обследовании температура 36,7^{0}С, АД 132/63 мм рт.ст., пульс 81/мин., ЧД 16/мин. Оксигенация крови 93% при дыхании комнатным воздухом. ИМТ 28,9. При аускультации лёгкие чистые. По другим органам без отклонений. Результаты исследования лёгочных функций были, как и в прежних исследованиях. Гематокрит, гемоглобин, тромбоциты, уровни в крови электролитов кальция, глюкозы, общего белка, альбумина, глобулина, IgA, IgM, IgE и альфа1-антитрипсина в норме; также в норме были уровни ревматоидного фактора почечных и печёночных функций и протеинограмма.

Анализ на ВИЧ антиген и антинейтрофильные цитоплазматические антитела (АНСА), антитела к циклическому цитруллинизированному протеину (ЦЦП), на протеиназу 3, миелопероксидазу, Sci-70, Jo, Ro, La, Aspergillus fumigatus, A.pullulans, A.flavus, Thermoactinomyces sacchari, T.candidus, T.vulgaris, Micropolyspora faeni и pigeon sera были отрицательными.

Была выполнена КТ грудной клетки (рис. 1, аксиальная проекция) после введения контрастного вещества, согласно протоколу для выявления интерстициальной болезни лёгких, которая включает высокоразрешающее сканирование, полученное на вдохе и выдохе в положении больного на спине. Исследование показало мелкие цилиндрические бронхоэктазы преимущественно в нижних долях и средней доле и диффузное утолщение стенок бронхов. Не было выявлено разницы в воздушности лёгочной паренхимы на выдохе по сравнению с воздушностью паренхимы на вдохе. Эта картина заставляла предполагать наличие у больной «лёгочной ловушки» (задержки воздуха в лёгких на выдохе – **Р.А.**), на КТ на выдохе не было видно лобулярности или «географической» гетерогенности в лёгких, что указывало на диффузный процесс.

Спустя 8 дней пребывания больной в пульмонологической клинике была выполнена бронхоскопия. Бронхоальвеолярная жидкость, полученная из правой средней доли и лингулярных сегментов была чистой, бесцветной; содержала в каждом мл по 3 следующей клетки – 34% нейтрофилы, 24% лимфоциты, 4% моноциты, 6% эозинофилы и 32% макрофаги, а также выстилающие клетки. Признаков присутствия пепсина А или антигена галактоманнана не было. Цитологическое исследование жидкости не выявило присутствия цитопатических вирусных изменений, грибов или злокачественных клеток. При окраске по Граму обнаружено небольшое количество грамотрицательных и грамположительных микроорганизмов; при культуральном исследовании не было получено роста ни бактерий, ни вирусов, ни грибов. При флоуцитометрии не было клонов В-клеток или необычных популяций Т-клеток.

На 11-й день после бронхоскопии наросла одышка и интермиттирующий невысокий субфебрилитет. На рентгенограмме грудной клетки были затемнения в правой базальной области, похожие на ателектаз или аспирацию. Были назначены альбутерол через небулайзер или ингаляционно через спейсер и курс азитромицина, что привело к восстановлению состояния больной до обострения.

Через 34 дня пребывания в клинике была выполнена повторная бронхоскопия, которая показала наличие признаков выраженного воспаления в подглоточном пространстве, беловатый секрет и признаки воспаления в воздушных путях, трахее и в правом и левом бронхиальном деревьях и небольшую эктазию в центральных воздушных путях. Бронхоальвеолярная жидкость, полученная из правого и левого лёгкого, была подвергнута микробиологическому и цитологическому исследованию, которое не выявило признаков бактериального или вирусного воспаления. Кроме того, были выполнены другие диагностические исследования.

Дифференциальный диагноз

У больной в анамнезе отсутствовали указания на заболевания лёгких, которое бы сопровождалось непродуктивным кашлем с последующим нарастанием одышки. Её состояние не улучшалось после ингаляции глюкокортикостероидов в комбинации с бета-агонистами длительного действия. Оксигенация крови при дыхании комнатным воздухом была снижена; хрипов в лёгких или свистящих хрипов отмечено не было при физикальном обследовании. КТ грудной клетки выявила воздушную ловушку, небольшое утолщение стенок бронхов и мелкие бронхоэктазы. По результатам исследований вентиляционной функции лёгких было сделано заключение о наличии у больной тяжёлого обструктивного поражения, нарастающего диффузного процесса. На основании этих результатов авторами статьи было высказано суждение о дифференциальной диагностике между бронхиальной астмой (БА), хронической обструктивной болезнью лёгких (ХОБЛ), бронхоэктатической болезнью и бронхиолитом.

Бронхиальная астма

В типичных случаях БА у больных отмечается кашель, свистящие хрипы в лёгких, чувство стеснения в груди и при исследовании вентиляционной функции лёгких – обратимая обструкция дыхательных путей; хотя в некоторых случаях может развиться необратимая обструкция.

У обсуждаемой больной, несмотря на лечение глюкокортикодиами и бета-агонистами длительного действия, монтелукастом и преднизолоном per os большими дозами, симптомы болезни прогрессировали, что давало основание думать, что у больной имеет место тяжёлая рефрактерная к лечению БА. В бронхоальвеолярной жидкости не было обнаружено эозинофилов, поэтому можно исключить вероятность у больной эозинофильной астмы, которая характеризуется рефрактерностью. Кроме того, БА не вызывает нарушений функциональных показателей, характерных для диффузионных нарушений.

Важно было рассмотреть патологию, которая может мимикрировать под БА, например, эозинофильный гранулёматозный полиангиит (известный как Churg–Strauss синдром), аллергический бронхопульмональный аспергиллёз и трахеобронхомаляция. Исследование на ANCA дало отрицательный результат, что, однако, не исключало эозинофильный гранулёматоз с полиангиитом, но другие симптомы этой болезни отсутствовали. У больной не были выявлены антитела к A.niger; однако это не является обязательной находкой. Отсутствие сопутствующего повышения уровня IgE и эозинофилии в периферической крови исключает диагноз бронхоальвеолярного аспергиллёза. Наконец, при бронхоскопии не был выявлен динамический коллапс воздухоносных путей, что исключает диагноз трахеобронхомаляции.

ХОБЛ

Эта болезнь первично связана с курением, что приводит к обструкции дыхательных путей. По клинике сходна с БА. Однако обструкция дыхательных путей представляется необратимой. Больные БА не похожи на больных ХОБЛ, особенно с сопутствующей эмфиземой и, как правило, имеет место нарушение диффузионной способности лёгких. У некоторых больных имеет место сочетание БА и ХОБЛ. Как правило, такие больные нуждаются в проведении функциональных исследований лёгких, чтобы установить диагноз и оценить тяжесть болезни.

Больная в прошлом курила на протяжении не более пяти лет, что не могло послужить причиной тяжёлой ХОБЛ. У неё не было контактов с загрязнёнными биологическими продуктами, являющимися значимыми причинами возникновения ХОБЛ. Некоторые больные ХОБЛ имеют дефицит альфа1-антитрипсина, который представляет собой аутосомно обусловленную кодоминантную прогрессирующую болезнь, ассоциированную с панацинарной эмфиземой, поражающей преимущественно нижние доли лёгких. У обсуждаемой больной уровень альфа1-антитрипсина был в норме, КТ грудной клетки не обнаружила признаков эмфиземы. Эти данные позволяют исключить диагноз ХОБЛ.

Бронхоэктазы

Бронхоэктазы характеризуются патологической дилатацией воздухоносных путей вследствие их рубцового поражения. Они часто являются результатом лёгочной инфекции, но часто ассоциированы с некоторыми болезнями, такими как иммунодефицит, муковисцидоз, цилиарная дискинезия, болезни соединительной ткани, в частности, с ревматоидным артритом. Бронхоэктазы также могут быть следствием повторных аспираций. Кроме того, аллергический бронхолёгочный аспергиллёз может стать причиной как бронхоэктазий, так и БА, а также дефицита альфа1-антитрипсина, который может вызвать как бронхоэктазии, так и ХОБЛ.

Клиника бронхоэктазий включает продуктивный кашель, особенно в период обострения болезни. С течением болезни происходит колонизация дыхательных путей грамотрицательными микроорганизмами. У обсуждаемой больной в анамнезе отсутствуют указания на эпизоды рецидивирующей сино-пульмональной инфекции. Результаты исследований на иммуноглобулины были нормальными, кроме небольшого снижения уровня IgG1. Серологическое исследование на маркёры ревматоидного артрита также дали отрицательный результат. Выявленные при визуальных методах исследования грудной клетки бронхоэктазии были незначительными. Кроме того, культуральные исследования бронхоальвеолярной жидкости на бактерии, микобактерии, вирусы и грибы не выявили ни одного из перечисленных микроорганизмов. Таким образом, считают авторы статьи, диагноз первичной бронхоэктатической болезни может быть исключён.

Бронхиолит

Это болезнь самых мелких воздухоносных путей, диаметр просвета которых менее 2 мм и стенки которых не содержат хрящевую ткань. Бронхиолы особенно подвержены инфекции или ингаляционным воздействиям вследствие малого диаметра. Первыми симптомами бронхиолита являются кашель и одышка. Исследование вентиляционных показателей лёгочных функций выявляют необратимые обструктивные повреждения, а также часто нарушение диффузионной способности лёгких. Рентгенологическое исследование часто не выявляет патологии. КТ грудной клетки высокого разрешения является методом выбора, выявляет феномен воздушной ловушки, утолщение стенок бронхиол и центролобулярные узелки. Бронхиолит может быть как собственно болезнью, так и проявляться как острый бронхиолит или облитерирующий бронхиолит (известный также как констриктивный бронхиолит) или как часть интерстициальной болезни лёгких с вовлечением бронхиол, такой как бронхиолит-ассоциированная интерстициальная болезнь лёгких.

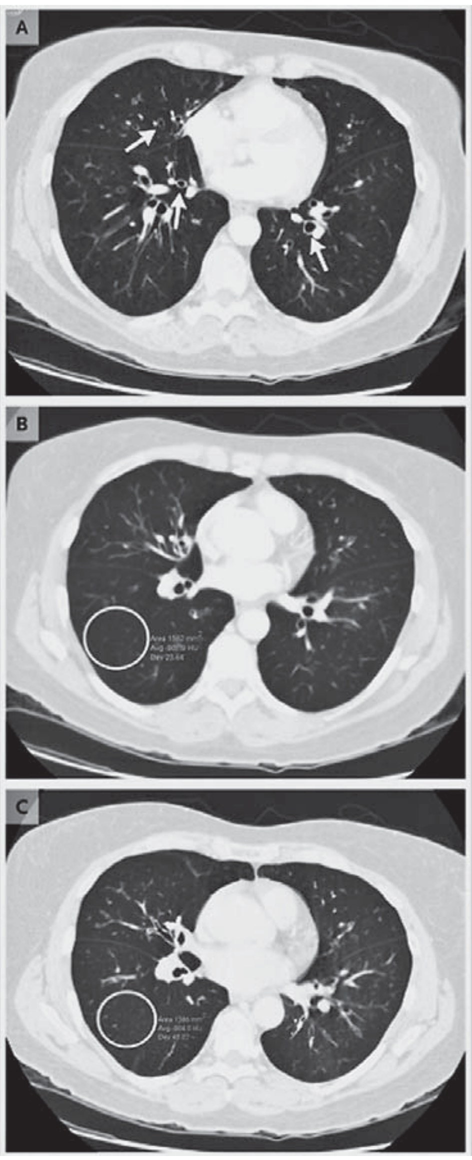


Рис. 1. КТ грудной клетки с контрастом, выполненная по протоколу интерстициальных болезней лёгких. Определяются мелкие цилиндрические бронхоэктазии преимущественно в нижних долях и утолщение стенок бронхиол (1А стрелка). Отсутствует разница в прозрачности лёгочной ткани на вдохе (1В – 908 единиц Hounsfield) и на выдохе (1С – 904 единиц Hounsfield), что указывает на наличие диффузной воздушной ловушки

Острый бронхиолит представляет собой инфекционное по природе заболевание и часто вызывается респираторно-синцитиальным вирусом, хотя может наблюдаться при гриппе, парагриппе, аденовирусной и микоплазменной инфекции. Острый бронхиолит свойственен детям, но может иметь место у взрослых и в большинстве случаев имеет самоограниченное течение.

Диффузный панбронхиолит представляет собой прогрессирующее заболевание, которое приводит к бронхоэктазии, рецидивирующей лёгочной инфекции и часто к синуситу.

Бронхиолит как первичная болезнь наблюдается у курильщиков и наиболее часто определяется как случайная находка при патологоанатомическом исследовании лёгких. У больных с одышкой и рентгенологическими отклонениями в виде центролобулярных узелков и затемнениями по типу матового стекла, определяемых чаще всего в верхних долях лёгких имеет место респираторная бронхиолит-ассоциированная интерстициальная болезнь лёгких.

Фолликулярный бронхиолит также характеризуется центролобулярными узелками и затемнениям по типу матового стекла и может быть ассоциирован болезнями соединительной ткани (ревматоидный артрит, Sjögren синдром и синдромы иммунодефицита – ВИЧ-инфекция, синдром общего вариабельного иммунодефицита). Хотя у обсуждаемой больной были признаки прогрессирующего бронхиолита, её демографические симптомы не соответствовали диагнозу диффузного панбронхиолита. У неё не было рентгенологических признаков, которые бы позволяли думать о диагнозе респираторной бронхиолит ассоциированной интерстициальной болезни лёгких или фолликулярном бронхиолите.

Гранулёматозной бронхиолит представляет собой заболевание, которое может наблюдаться при воспалительной болезни толстой кишки, интерстициальной лёгочной болезни (гиперсенситивный пневмонит, саркоидоз, гранулёматозно-лимфоцитарная интерстициальная болезнь) и быть вызванным инфекционными агентами (туберкулёзная и нетуберкулёзная микобактерии). Хотя у больной были выявлены антитела к A.niger и Saccharomonospora viridis, их наличие не является ни чувствительным, ни специфическим для диагноза гиперсенситивного пневмонита. Саркоидоз может вызвать мириады рентгенографических феноменов, но у больной не были выявлены такие, как прикорневая лимфаденопатия, наиболее типичная находка при лёгочном саркоидозе.

Важно рассмотреть две интерстициальные болезни лёгких, которые могут поражать бронхиолы: криптогенная организующая пневмония (ранее известная как облитерирующий бронхиолит, ассоциированный с организующей пневмонией) и интерстициальный фиброз. Криптогенная организующая пневмония представляет собой одну из семи идиопатических интерстициальных пневмоний, вызванных повреждением альвеолярного эпителия, бронхиолы повреждаются при этом из-за близости к альвеолам. У обсуждаемой больной при КТ высокого разрешения не было найдено узелковых теней, уплотнений или очагов матового стекла, что исключало диагноз криптогенной организующей пневмонии.

Интерстициальный фиброз воздухоносных путей поражает главным образом женщин от 40 до 60 лет. Болезнь носит прогрессирующий характер и у одной трети больных приводит к смерти примерно через 4 года. Также маловероятен облитерирующий бронхиолит, который имеет прогрессирующее течение со всё нарастающей одышкой, развитием интерстициального фиброза воздухоносных путей и, как следствие, рестриктивной вентиляционной недостаточностью и характерными рентгенологическими нарушениями в виде перибронховаскулярных затемнений; у обсуждаемой больной не было выявлено этих изменений.

Наконец, облитерирующий бронхиолит. Это болезнь, при которой просветы воздухоносных путей становятся узкими. У больных отмечается постоянный кашель, одышка и необратимая бронхиальная обструкция. Эта болезнь имеет прогрессирующее течение и может привести к дыхательной недостаточности, так как бронхиолы подвергаются полной облитерации. При прогрессировании болезни могут развиться как бронхоэктазы, так и нарушения диффузионной способности лёгких. КТ высокого разрешения выявляет мозаичность снижения прозрачности лёгочной ткани (то есть разной степени понижения прозрачности – **Р.А.**) и воздушную ловушку. Облитерирующий бронхиолит не похож на некоторые другие заболевания, которые поражают бронхиолы, он не приводит к образованию центролобулярных узелков. Болезнь редко развивается после перенесённой инфекции. Она описана при наличии контакта с некоторыми медикаментами – пеницилламином и препаратами золота, некоторыми токсинами, например, диоксид серы, оксид азота. Облитерирующий бронхиолит может выступать как синдром, развивающийся после трансплантации, особенно нередко после трансплантации аллогенных гематопоэтических стволовых клеток, трансплантации лёгких. Как и многие другие типы бронхиолитов, облитерирующий бронхиолит может наблюдаться у больных с воспалительными болезнями толстой кишки и болезнями соединительной ткани; в редких случаях он является идиопатическим. У обсуждаемой больной не было контакта с токсинами или факторов риска для заболевания облитерирующим бронхиолитом. Важно отметить, что у некоторых больных развитие болезни лёгких, ассоциированной с болезнями соединительной ткани, может предшествовать заболеванию болезнями соединительной ткани. У больной был отрицательный анализ на ревматоидный фактор и отрицательный на ССР антитела, в противном случае положительные результаты давали бы основание предполагать у неё ревматоидный артрит.

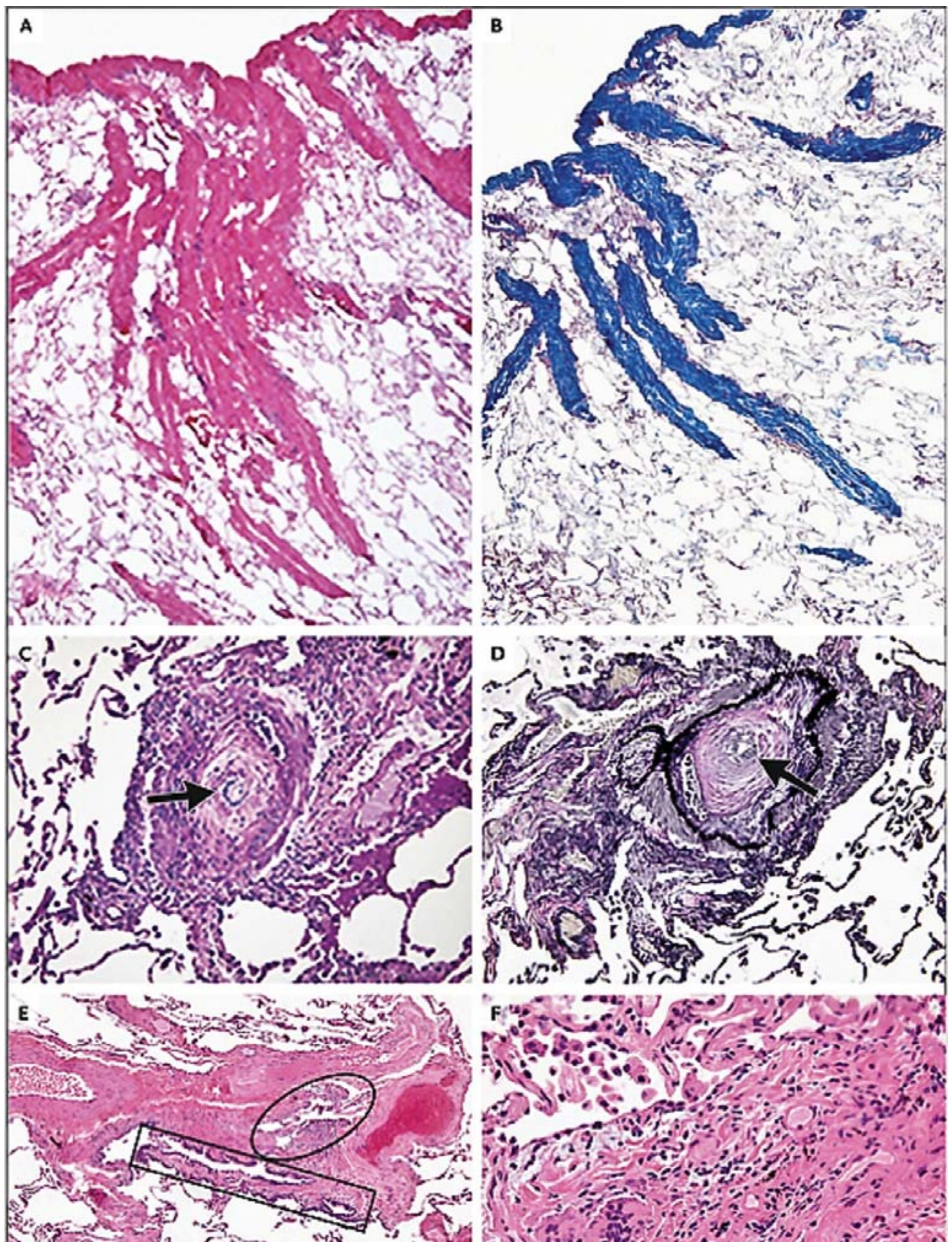


Рис. 2. Биопсия лёгкого (гематоксилин и эозин). В лёгочной паренхиме не определяются бронхиолы, но видны линейные тени фиброза (2А). Плотные фиброзные тяжи, распространяющиеся от поверхности плевры в паренхиму лёгких. При трёхцветной окраске по Masson бронхиолы не визуализируются (2В). При большом увеличении фиброзные кольца окружают бронхиолы, суживая их просвет, оставляя эпителиальную выстилку (2С стрелка). Заметный фиброз эластической ткани, суживающий просвет бронхиол (2D стрелка). При окраске гематоксилином и эозином виден обрыв бронхиол на некотором протяжении и неравномерное искривление просвета (2Е, прямоугольник) с боковой ветвью (2Е, овал) и гистологические признаки воспаления с облитерацией просвета бронхиол (2 F).

По совокупности всех симптомов и результатам исследований авторы склонялись в пользу наиболее вероятного диагноза бронхиолита. Более того, больше данных было за диагноз облитерирующего бронхиолита неизвестной этиологии. Высказывалось предложение провести торакоскопическое исследование; было также необходимо гистопатологическое исследование ткани лёгкого для окончательного подтверждения диагноза.

Клинический диагноз – облитерирующий (констриктивный) бронхиолит.

Обсуждение патологоанатомических данных

Больной была выполнена клиновидная биопсия правого лёгкого. Получено 4 образца, наибольший размер около 3 х 2 х 0,5 см. При гистопатологическом исследовании отмечено отсутствие бронхиол в большинстве образцов (рис. 2А и рис. 2В). Наиболее значимой находкой было обнаружение бронхиол, окружённых как бы воротником фиброза и фиброзных рубцов эластической ткани с виртуальной облитерацией их просвета (рис. 2С и 2F). Бронхиолы имели участки линейных рубцов, располагавшихся вдоль бронхиол, обрывая их (рис. 2Е), в некоторых участках просвет был полностью облитерирован гистиоцитарным воспалением (рис. 2F). Вместе взятые эти находки свидетельствовали в пользу облитерирующего бронхиолита с фиброзом.

Разные формы бронхолита могут быть идентифицированы как окклюзивный и констриктивный. Окклюзивная форма диагностируется по внутрипросветному воспалению и фиброзу. В другом случае рубцевание размещается в стенке бронхиолы и суживает её просвет. У обсуждаемой больной имеют место признаки обеих форм бронхиолита, но констриктвная форма более редкая и опасная.

Обсуждение ведения больной

После проведения биопсии состояние больной значительно ухудшилось, появилась тяжёлая одышка, выслушивались свистящие хрипы в лёгких, что наводило на мысль, что произошла аспирация. Её состояние улучшилось после назначения больших доз метилпреднизолона. К лечению было добавлено 10 мг преднизона ежедневно, ингаляции будесонида-форматерола, тиотропина и монтелукаста. Однако, несмотря на лечение, вновь появился кашель. Доза преднизона была повышена до 20 мг ежедневно; наступило некоторое ослабление указанных симптомов. В этот момент было добавлено лечение пирфенидоном и азитромицином, что было сделано по рекомендациям посттрансплантационной литературы, в которой указывалось, что ингаляции флутиказона, азитромицина и монтелукаста были использованы при посттрансплантационном облитерирующем бронхиолите.

Несмотря на это лечение, состояние больной продолжало медленно ухудшаться как по симптомам, так и по показателям лёгочной вентиляции. Рассматривались показания к трансплантации, но по данным кардиологического обследования стало ясно, что ей требуется постановка стента и лечение клопидогрелем в течение 6 месяцев. После приостановки лечения клопидогрелем, примерно спустя 13 месяцев после операции резекции части лёгкого для гистологического исследования, больной была произведена трансплантация обоих лёгких. После трансплантации она оставалась в больнице 19 дней и была выписана домой. Наблюдение в катамнезе показало, что она чувствует себя хорошо.

Исследование удалённых лёгких показало наличие центральных бронхоэктазий, перибронхиолярный фиброз тяжёлой степени, обструкцию просветов бронхиол, вызванную воспалением и мокротой. Эти результаты были такими же, как и обнаруженные в биоптатах. Обследование макропрепарата удалённых лёгких показало наличие центральных бронхоэктазий, обширные области гиперинфляции и отсутствие бронхиол.

Патологоанатомический диагноз – облитерирующий бронхиолит с фиброзом.

Рудольф АРТАМОНОВ,
профессор.

По материалам
New England Journal of Medicine.

Деловые встречи

Живительный симбиоз

Его наглядно демонстрируют в одной из больниц Северного Кавказа

Научно-практическая конференция врачей Карачаево-Черкесии с международным участием «Современные проблемы клинической медицины» состоялась недавно в Черкесске. Форум стал традиционным, проходит уже 12-й год подряд и, как правило, на базе Карачаево-Черкесской республиканской клинической больницы (КЧРКБ). «Место встречи изменить нельзя»: именно в этих стенах форум и зародился, а организаторы и самые активные его участники – сотрудники больницы.

Забегая вперёд, сообщим, что конференция была обречена на успех и повышенное внимание медицинской общественности республики по той причине, что интрига (в самом хорошем смысле слова) заложена в самом названии «научно-практическая». Согласитесь, немного найдётся в России больниц, где открыто и масштабно занимаются научной работой, в то время как большинству ЛПУ «не до жиру, быть бы живу», ведь больница изначально для другого – лечить людей.

Ирина Гербекова

– На конференции сотрудники нашей больницы и коллеги из других ЛПУ республики получают прекрасную возможность повышать свой образовательный уровень, знакомиться с новыми технологиями, встречаться с ведущими специалистами в разных областях медицины, и всё это – прямо на рабочем месте, – рассказывает главный врач КЧРКБ, кандидат медицинских наук, заслуженный врач республики Ирина Гербекова. – По итогам каждой конференции мы издаём сборник научных статей и докладов, материалы конференции расходятся на электронных носителях. Всё это способствует в первую очередь тому, что в итоге повышается уровень оказания медицинской помощи пациентам. Именно для этого и придумана конференция, иначе бы и не стоило «городить огород».

Тему слияния теории с практикой продолжает заместитель главного врача республиканской больницы по научной работе, заведующий кафедрой оториноларингологии, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач России, заслуженный деятель науки республики Арсений Гюсан: «Современные проблемы клинической медицины во многом продиктованы не только временем, но и степенью развития медицинской науки на этом этапе. В свою очередь и медицинская наука развивается в связи с техническим прогрессом. В частности, оториноларингология была выделена в самостоятельную науку в конце XIX века в связи с развитием эндоскопической техники.

Следующий виток прогресса в этой области – видеоэндоскопия, которая позволяет развивать ряд наук, включая сердечно-сосудистую хирургию. И эта связь очень хорошо просматривается даже на примере нашей больницы. Применение современной техники позволяет нам проводить ряд диагностических и лечебных манипуляций, о которых раньше не могли и мечтать, например, операции на основной пазухе, на клетках решётчатого лабиринта.

Целый раздел фонохирургии вообще просто невозможен без эндоскопической техники. Пациенты, которые сейчас у нас проходят такой курс лечения, в прежнее время вынуждены были уезжать для этого за пределы республики, а то и России».

Общеизвестно, что сердечно-сосудистые заболевания стали бичом современности, именно поэтому наш собеседник – заведующий кафедрой госпитальной хирургии, руководитель Регионального сердечно-сосудистого центра, доктор медицинских наук, профессор Марат Темрезов: «За последние два года работы в нашем центре выполнено 52 операции детям с врождённым пороком сердца (дефект межпредсердной перегородки, открытый артериальный проток, дефект межжелудочковой перегородки). Можно сказать, что это – качественно новый уровень оказания медицинской помощи жителям нашей республики. И сегодня, во время работы конференции под кураторством руководителя отдела сердечно-сосудистой хирургии Московского областного научно-исследовательского клинического института им. М.Ф.Владимирского, доктора медицинских наук, профессора Александра Осиева будет выполнено 9 таких операций, одну из них мы будем транслировать на большой экран для её участников».

Арсений Гюсан

Сергей Леонтьев

Высокий статус конференции во многом обусловлен участием в её работе приглашённых гостей, как правило, это светила мирового уровня, как отечественные, так и зарубежные. Не стал исключением и этот раз. Из Германии был приглашён приват-доцент Лейпцигского университета, заведующий кардиологическим центром, доктор медицинских наук, профессор Сергей Леонтьев, из Азербайджана – заведующий отделением центральной железнодорожной больницы Баку доктор медицинских наук, профессор Рафик Рзаев. Широко была представлена и российская «география»: Москва, Астрахань, Ростов-на-Дону, Ставрополь, Республика Крым.

Участники конференции

В ходе мероприятия некоторые из гостей поделились своим мнением.

Сергей Леонтьев: «Полгода назад я уже был здесь, и мне очень понравилось отношение коллег к пациентам, подход к лечению и вообще атмосфера, которая создана в республиканской больнице. Санкции, которые сейчас действуют в отношении России – это удел политиков, и они не могут врачам помешать выполнять главное своё назначение – лечить людей, и неважно, где это происходит, в Германии или России. Я буду выступать с докладом «Кардиохирургическое лечение острого инфаркта миокарда». Тема актуальна вне зависимости от «географии», и главное здесь – не упустить время, когда начнутся необратимые процессы. Конечно, обуздать полностью такого «врага», как инфаркт, не удастся, но минимизировать последствия – вполне по силам. В идеале для этого должна быть организована структура быстрого и грамотного оказания скорой медицинской помощи, это и пресловутое «правило золотого часа», и система «баллон-дверь», и проведение чрескожных вмешательств пациентам, которым это можно выполнить.

Если говорить о профилактике, о ранней диагностике, то в Германии диспансеризации как таковой нет, и на догоспитальном этапе это звено обеспечивает домашний врач, и пациенты обращаются в первую очередь к нему. Но здесь уже идут коренные различия в построении самой системы здравоохранения. Это, в свою очередь, сказывается и на статистике. Специалисты, которые могут оказать медицинскую помощь в полном объёме, есть и здесь в регионе, и в республике в целом, но зачастую этот временной показатель по каким-то причинам не всегда позволяет довезти пациента вовремя».

Рафик Рзаев: «Во-первых, хотел бы отметить очень высокий уровень организации конференции, мне приходилось выступать с докладами и за границей, так что есть с чем сравнивать. Тема сегодняшнего доклада «Опухоли основания черепа, головы и шеи» касается очень сложной патологии, когда оториноларингология контактирует с другими направлениями, и далеко не каждый специалист отваживается делать операцию: очень высок риск, и здесь врач идёт, что называется, по лезвию бритвы, применительно к нашей профессии – скальпеля. Вот как раз это и удивляет наших зарубежных коллег, что на постсоветском пространстве выполняют такие сложные операции, причём выполняют не хуже их и добиваются хороших результатов».

Палитра впечатлений о научно-практической конференции была бы неполной без мнения представителя «чистой», вузовской науки. Наш собеседник – ректор Ставропольского государственного медицинского университета доктор медицинских наук, профессор Владимир Кошель: «Конференция традиционно охватывает несколько направлений, и это очень большое достижение, поскольку собрать мультидисциплинарную конференцию в рамках одной республики достаточно сложно. Начало работы форума показало, что есть мощная объединяющая составляющая у специалистов разных направлений. Я представляю оториноларингологию и вместе с коллегами – образовательную часть, и хочу сказать, что именно такой формат – научно-практическая конференция – сегодня наиболее востребован: те достижения науки, которые реально имеет российское здравоохранение, конечно же, нуждаются во внедрении, и практическое здравоохранение открыто для такого внедрения. Проекты, которые сейчас реализуются в вузах по программе «Университетская клиника», подтверждают: и преподавание, и лечебная деятельность должны идти рядом и осуществляться одними и теми же людьми. Тем более что сейчас мы стоим на пороге великих свершений, я имею ввиду открытия в области регенеративной медицины. Более того, кластер, который создан на Северном Кавказе по приказу Минздрава России (сегодня включает в себя 7 вузов Северо-Кавказского федерального округа), в ближайшее время даст хорошую научную продукцию. Но сама по себе она ничего не значит, поскольку она должна идти «в народ».

Рафик Рзаев

Продолжая тему «научной продукции», можно добавить, что на конференции в работе двух секций было заслушано в общей сложности 37 докладов, в том числе 9 из них были сделаны сотрудниками КЧРКБ. Квинтэссенцией же живительного симбиоза теории и практики – науки и практической медицины – стала операция на сердце, которую проводил профессор Александр Осиев. Пациенту 2014 года рождения с диагнозом: «врождённый порок сердца, дефект межпредсердной перегородки» было выполнено эндоваскулярное закрытие дефекта окклюдером. За этим действом наблюдали все участники конференции, находившиеся в зале.

В числе приглашённых были и студенты медицинского института при Северо-Кавказской гуманитарно-технической академии, а по сути – «завтрашний день» нашей медицины.

Рубен КАЗАРЯН,
соб. корр. «МГ».

Карачаево-Черкесская Республика.

Фото автора.

P.S. *Когда материал готовился к печати, стало известно, что пациент, которому выполняли операцию в режиме онлайн, переведён в отделение для дальнейшего лечения. И это – самый важный итог конференции.*

В клиниках и лабораториях

От маркёров – до технологий лечения

Для науки должно быть важно то, что важно для клиники

Как-то в разговоре с автором этих строк ректор Красноярского государственного медицинского университета им. В.Ф.Войно-Ясенецкого, доктор медицинских наук, профессор Иван Артюхов высказал, на мой взгляд, очень важную мысль: диалог учёного и врача – главное условие для прогресса медицины и здравоохранения.

Фраза запомнилась, и во время очередной командировки в Красноярск мне захотелось своими глазами увидеть, каким образом «принцип диалога» действует собственно в КрасГМУ.

Как победить меланому?

Первое подразделение, куда направляюсь с этой целью, – кафедра патофизиологии факультета фундаментального медицинского образования. Здесь под руководством заведующей кафедрой, доктора медицинских наук, профессора Татьяны Рукша выполняется исследование по ранней диагностике меланомы и прогнозированию течения заболевания. О медико-социальном и научном значении данной темы говорит то, что проект поддержан Российским научным фондом. О его безусловной пользе для медицинской практики – то, что свои новые знания о природе меланомы и мерах её профилактики сотрудники университета сразу транслируют врачам в рамках образовательных программ и личного общения в клинике КрасГМУ.

– Самые первые свидетельства о наличии меланомы находят на мумиях перуанских инков, однако значительный рост заболеваемости меланомой начался со второй половины XX века: с 60-х годов ежегодно показатель стал увеличиваться на 3-7%. Это связано в первую очередь с технологическим прогрессом – появлением пассажирской авиации и развитием рекреационного туризма. Люди, традиционно проживающие в северных широтах, получили возможность отправляться на отдых в регионы с интенсивной инсоляцией. Именно краткосрочное интенсивное пребывание под солнцем, особенно если оно сопровождается солнечными ожогами, является наиболее опасным в отношении риска развития меланомы. Тот самый случай, когда блага цивилизации принесли человечеству не только пользу, но и вред, – говорит Т.Рукша.

Что касается собственно научного исследования, которое проводится в Красноярском медуниверситете, его конечная цель – разработать методы выявления меланомы на самых ранних стадиях и совершенствовать возможности прогнозирования течения заболевания, что позволит врачам индивидуализировать подходы к лечению, то есть выбирать максимально адекватную тактику для каждого пациента.

Меланома развивается из меланоцитов, которые имеют биологическое свойство повышенной устойчивости к повреждающим факторам. Именно из-за этого заболевание характеризуется высокой резистентностью к противоопухолевой терапии. Диагностика меланомы на ранних стадиях также зачастую представляет собой большую проблему: опухоль трудно дифференцировать от доброкачественного меланоцитарного невуса. Между тем именно на ранних стадиях меланома успешно поддаётся лечению хирургическим путём. В этой связи одной из задач онкологии и дерматологии является разработка эффективных методов ранней и точной диагностики. А чтобы такие методы создать, необходимо провести идентификацию молекулярных маркёров, специфичных для данной опухоли.

Одним из направлений в разработке способов ранней молекулярной диагностики меланомы является исследование микроРНК, чем и занимаются на кафедре патофизиологии КрасГМУ. МикроРНК – небольшие молекулы, обладающие регуляторными свойствами. На сегодняшний день идентифицировано более 1000 разновидностей микроРНК, их уровни могут быть специфичными в различных тканях, а также отличаться при развитии патологических изменений в органе или ткани.

– Современные технологии позволяют одновременно определять профили экспрессии с целью дальнейшего выявления тех микроРНК, изменения которых могут оказаться диагностически значимы. Мы уже выполнили глобальное профилирование микроРНК при меланоме кожи с использованием экспрессионного анализа на основе технологий ДНК-микрочипа (DNA microarray) и ПЦР в реальном времени. Важным является то, что микроРНК хорошо сохраняются в архивном материале, фиксированном в формалине и залитом в парафин. Это открывает перспективу широкого использования в практической медицине диагностики на основе верификации данных молекул, – рассказывает Т.Рукша.

В одной из лабораторий НОЦ «Морфология и физиология здорового человека»

В ходе данного исследования в КрасГМУ проведены скрининг микроРНК и идентификация более 800 разновидностей микроРНК, отличающихся по своему уровню в ткани меланомы по сравнению с невусами. Дальнейшая цель – выделить диагностически и прогностически значимые виды микроРНК, использовать их как новые молекулярные биомаркёры меланомы кожи. Полученные результаты могут быть применены при разработке диагностических тест-систем для дифференциальной диагностики меланомы кожи и меланоцитарных невусов.

Однако, продолжает Т.Рукша, говорить об окончательном решении проблемы ранней диф-диагностики меланомы пока рано: последние исследования биологии опухолевых клеток указывают на то, что эти клетки гетерогенны генетически, и, как следствие, функционально. Таким образом, в пределах одного новообразования могут наблюдаться различные опухолевые клоны, имеющие разный уровень молекулярного маркёра. Этот аспект важно принимать во внимание для создания средств молекулярной диагностики любого ЗНО, в том числе меланомы.

Ещё более серьёзные трудности из-за опухолевой гетерогенности возникают при подборе терапии пациентам с новообразованиями, так как опухолевые клоны имеют разную чувствительность к лекарствам. Вот почему современные стратегии разработки противоопухолевых средств включают исследования генома, транскриптома и протеома единичных опухолевых клеток: это позволяет сформировать объективное представление о масштабе и разнообразии изменений, происходящих в клетках новообразования, и составлять комбинации различных противоопухолевых препаратов в зависимости от характера ключевых мутаций, определяемых в опухоли.

– Таким образом, наши научные исследования усложняются по мере того, как мы узнаём природу опухоли, но в то же время они решают именно те задачи, которые важны для практической онкологии, – подчёркивает моя собеседница.

Оцени статус – получишь прогноз

Идём дальше, в научно-образовательный центр «Морфология и физиология здорового человека». Один из проектов, который здесь реализуется, – создание новых технологий оценки состояния здоровья населения. Работа ведётся в рамках госзадания Министерства здравоохранения РФ, а значит, это не просто «тренировка интеллекта» для научных сотрудников вуза, но прежде всего перспектива получить на выходе готовые медицинские технологии, ожидаемые клиницистами.

Исследовательское подразделение создано в КрасГМУ на базе кафедры анатомии и гистологии человека. Заведующая кафедрой, доктор медицинских наук, профессор Надежда Медведева поясняет, что к настоящему времени уже разработана методология оценки соматонейропсихологического здоровья человека и подобраны необходимые для этого методы исследований. И если здравоохранение готово использовать данную методологию, проблем нет – бери и пользуйся.

– Мы изучили физический статус почти 5 тыс. человек юношеского, зрелого и пожилого возрастов. Система комплексной оценки физического статуса включала в себя антропометрическое обследование, определение компонентного состава тела методом биоимпедансного анализа, дерматоглифический анализ дистальных фаланг пальцев кистей. Антропометрическое обследование проводилось с использованием стандартизированного набора инструментов по классической методике В.В.Бунака. Дополнительно были рассчитаны индексы физического статуса человека – массы тела и полового диморфизма по J.Tanner с последующим определением типа телосложения. С помощью биоимпедансного анализатора дана оценка состава тела и баланса водных секторов организма. Также проводилась электроэнцефалография, – перечисляет профессор Медведева.

В итоге удалось определить ряд маркёров, с помощью которых можно оценивать физическое здоровье человека и которые – это самое важное! – можно расценивать как предикторы социально значимых заболеваний ещё до развития их клинических проявлений. К числу таких маркёров относятся индекс массы тела, индекс полового диморфизма, относительное содержание жировой массы, биологический возраст и скорость старения, активная клеточная масса, фазовый угол.

Что касается нейропсихологического здоровья, при его оценке красноярские исследователи рекомендуют обращать внимание на ритм высшей нервной деятельности и коэффициент межполушарной когерентности.

– Мы считаем, что выявленные маркёры должны быть включены в группу предикторов социально значимых заболеваний, и их необходимо определять у каждого человека при проведении диспансеризации, – акцентирует заведующая кафедрой.

Среди других исследовательских проектов НОЦ «Морфология и физиология здорового человека», которые представляют «прикладной» интерес, особо стоит отметить ещё как минимум два.

В структуре КрасГМУ есть палеоантропологический отдел, который насчитывает около 3000 единиц хранения. Научные проекты, выполняемые на данном материале, посвящены выявлению закономерностей изменчивости физического статуса, посткраниального скелета и других систем организма жителей города Красноярска во времени. Сегодня есть возможность сравнить данные обследования населения региона в XXI веке с данными XVII-XX веков и по выявленным закономерностям составить прогноз о физическом здоровье будущих поколений красноярцев. Нужно ли говорить об огромном значении такой информации для специалистов профилактической медицины?

Наконец, следующее направление науки, тесно сопряжённое с потребностями современной медицины и фармакологии – изучение наноматериалов. Сотрудники Красноярского медуниверситета исследуют наноалмазы детонационного синтеза. Проведённый на лабораторных животных эксперимент позволяет говорить о том, что полученные таким способом наноалмазы не обладают токсичностью и могут использоваться в качестве энтеросорбентов, а также – как транспортное средство для доставки лекарств к очагу патологии.

* * *

Резюмируя итоги моей экскурсии по научным подразделениям университета, ректор КрасГМУ Иван Артюхов сказал:

– Объединение под крышей медицинского университета образовательного процесса, науки и клиники – для нас уже не мечта, а реальность. Это глобальный проект, который в нашем вузе удалось реализовать менее чем за 10 лет. Важнейшим его итогом считаю то, что фундаментальные научные исследования в лабораториях КрасГМУ проводятся не в абстрактных сферах, а в тех направлениях, которые актуальны для современной медицинской практики, а значит, результаты деятельности учёных действительно будут востребованы клиницистами.

Елена ЮРИНА.

Красноярск.

Проблемы и решения

Персона грата

Молодые учёные углубились в прикладные проблемы персонализированной медицины

Во время семинара

Недавно в стенах Российской медицинской академии последипломного образования (РМАПО) состоялся семинар «Прикладные проблемы персонализированной медицины: фокус на фармакогенетику и фармакогеномику». Мероприятие было проведено в рамках Школы молодых учёных по фармакогенетике, фармакогеномике и персонализированной медицине, созданной несколько лет назад на базе кафедры клинической фармакологии и терапии РМАПО.

Семинар прошёл в режиме workshop: его участники – интерны, ординаторы и аспиранты, а также студенты московских медицинских вузов смогли не только погрузиться в проблематику одного из перспективных направлений современной медицины, но и поделиться собственными результатами научных исследований в этой области.

От классики к неоклассике

Проведение семинара было приурочено к знаковой дате. В этом году исполняется 40 лет с момента выхода книги «Основы фармакогенетики» профессора Николая Скакуна (в то время – заведующего кафедрой фармакологии Тернопольского государственного медицинского университета им. И.Я.Горбачевского Министерства здравоохранения Украины). Эта монография стала точкой отсчёта для развития направления клинической фармакогенетики стран постсоветского пространства. В ней впервые с позиции клинического фармаколога раскрывалась клиническая суть и перспективы этого направления медицинской науки, которое стало самым значимым инструментом персонализированной медицины в наши дни.

– Персонализация в отношении применения лекарственных препаратов прежде всего обусловлена проблемами, связанными с недостаточной эффективностью и безопасностью современной фармакотерапии, – отметил модератор симпозиума, проректор по развитию и инновациям РМАПО, заведующий кафедрой клинической фармакологии и терапии, профессор РАН Дмитрий Сычёв.

Несмотря на все достижения современной фармакологии, большое количество пациентов не отвечают на медикаментозное лечение: в зависимости от заболевания этот показатель составляет от 40 до 75%. Растёт и число нежелательных реакций лекарственных препаратов.

Индивидуальный «фармакологический ответ» на лекарство зависит от возраста, тяжести течения основного заболевания, лекарственного взаимодействия, особенностей питания и множества других факторов. Но именно генетические особенности пациентов обуславливают до половины всех неблагоприятных ответов на фармакотерапию.

Великолепная пятёрка

В настоящее время всё большее значение приобретает доказательная медицина. Именно она является «путеводной звездой» для выработки стратегии применения лекарственных препаратов, разработки стандартов, протоколов и клинических рекомендаций. Однако при таком подходе не всегда учитываются индивидуальные особенности пациентов. Следующим этапом стало развитие персонализации фармакотерапии и медицинских вмешательств, воплотившееся в так называемой концепции пяти «Р»: предиктивной, превентивной, профилактической, партнёрской и персонализированной медицины.

Согласно одному из определений, персонализированная медицина – подход к улучшению качества медицинской помощи и функционирования системы здравоохранения путём использования информации о биомаркёрах и «молекулярных путях» заболевания, геномики, протеомики для индивидуализации ведения каждого пациента.

Биомаркёры (геномные, транскриптомные, протеомные, метаболомные, микробиомные и т.д.) «помогают» выбрать нужную тактику лечения в пределах имеющейся доказательной базы. Таким образом, персонализированная медицина является дополнением доказательной медицины, тем инструментом, который улучшает её качество и эффективность медицинских вмешательств, включая применения лекарственных средств.

– Персонализация фармакотерапии даёт основание для выбора того лекарственного препарата, который окажет наибольшую эффективность и не вызовет нежелательной реакции. При этом значительно снижается время подбора терапии, что является существенным вкладом улучшения прогноза в отношении лечения и повышения качества жизни пациента, – пояснил эксперт. – Сегодня мы говорим о фармакогенетике, которая основана на выявлении однонуклеотидных полиморфизмов генов (изменениях в последовательности ДНК). Следующий шаг – использование методов фармакогеномики, когда в рутинной клинической практике станет возможным определять полный геном человека.

В ходе семинара также говорилось о вкладе различных изоферментов цитохрома Р-450 (которые играют ключевую роль в биотрансформации ЛС) в метаболизм различных групп лекарственных препаратов: бета-адреноблокаторов, антидепрессантов, НПВС, антиагрегантов и др. Владея этой информацией, врач, в частности, может скорректировать дозу препарата для каждого конкретного пациента. Тем не менее, чтобы грамотно ею распорядиться, необходимо разрабатывать алгоритмы выбора лекарственных средств и доз на основе результатов фармакогенетического тестирования, и такие алгоритмы уже имеются для ряда лекарственных средств, а их эффективность изучена в рандомизированных исследованиях. В дальнейшем, как уточнил Д.Сычёв, новые алгоритмы персонализации будут основываться не только на фармакогенетическом тестировании, но и других биомаркёрах (фармакокинетических, микроРНК и др.).

Наука и практика

Методам и подходам к проведению исследований в области фармакогенетики и персонализированной медицины было посвящено выступление младшего научного сотрудника Научно-исследовательского центра РМАПО Дмитрия Иващенко. По его словам, исследование генотипа можно подключать на любой из стадий клинических испытаний ЛС.

В настоящее время большинство из таких исследований проводится в рамках 3-й фазы клинических исследований ЛС и постмаркетинговых исследований. Однако тенденции таковы, что сегодня всё чаще подобные исследования проводятся в 1-2-й фазе клинических исследований и на доклинической стадии. Свои слова эксперт прокомментировал конкретными примерами влияния полиморфизма генов на эффект фармакотерапии из реальной практики.

– Каждое подобное исследование должно учитывать различные факторы, такие как генотип пациента, фармакокинетические характеристики лекарственного препарата, комплексные биомаркёры с тем, чтобы соотнести их в последствие с эффективностью используемого лекарства. Это необходимо для того, чтобы в конечном итоге «перекинуть мост» между геномом человека и реальной клинической практикой, – пояснил Д.Иващенко.

Тем не менее, по его словам, не существует какого-то универсального гена, который бы со 100-процентной уверенностью предсказал исход терапии. В этой связи, наряду с генотипом, не менее важная роль принадлежит фенотипу пациента. Эксперт спрогнозировал, что в ближайшие годы наиболее надёжными в плане поддержки принятия решения в области фармакотерапии станут те программы, которые будут учитывать оба этих понятия.

Школа в школе

Об основных направлениях деятельности Школы молодых учёных по фармакогенетике, фармакогеномике и персонализированной медицине РМАПО рассказала младший научный сотрудник НИЦ РМАПО, староста школы Наталья Денисенко.

В практическом плане задача школы сводится к организации и проведению научных работ молодых учёных, имеющих прикладной характер исследований, в ходе которых изучаются возможности персонализации фармакотерапии на основе прикладных клинико-фармакологических технологий, таких как фармакогенетические и фармакокинетические исследования, в условиях реальной клинической практики, то есть в ходе повседневной работы с пациентами с различными заболеваниями. При этом все фармакогенетические исследования проводились в НИЦ РМАПО.

Как отметила Н.Денисенко, за время существования школы её активные участники опубликовали свои исследования в виде тезисов, статей на русском языке в журналах, рекомендованных ВАК (12 статей), на английском языке в зарубежных журналах, индексируемых в SCOPUS (9 статей). Результаты исследований молодых учёных также представлялись ими в виде докладов на российских и зарубежных конференциях.

Участие в школе представляет собой постоянное научное общение с кураторами (научными руководителями), коллегами как в онлайн режиме (по электронной почте, в социальных сетях и т.д.), так и очно в рамках ежемесячных встреч всех участников.

В рамках этих встреч обсуждаются вопросы методологии проведения научных исследований в области фармакогенетики и фармакогеномики, статистической обработки результатов исследований, проблемы подготовки публикаций к печати, переписки с редакциями журналов и рецензентами, вопросы подготовки докладов, презентаций и т.д. Как особо подчеркнула Н.Денисенко, в работе школы могут принимать участие не только интерны, ординаторы и аспиранты, интересующиеся фармакогенетикой и фармакогеномикой, но и студенты различных медицинских вузов Москвы.

Во время второй части симпозиума активные участники школы: кандидат медицинских наук Карин Мирзаев, кандидат медицинских наук Михаил Застрожин, аспиранты Григорий Шуев, Наталья Денисенко, Надежда Ших представили результаты собственных исследований в области персонализированной медицины, посвящённые различным аспектам фармакогенетического тестирования разных групп препаратов (антиагрегантов, статинов, ингибиторов протонного насоса, антипсихотических средств). Своими планами научной работы в этом направлении поделились и другие молодые учёные – участники симпозиума.

Семь раз отмерь

В ходе мероприятия также была затронута тема спекуляций в области персонализированной медицины. Как отмечалось, большое число современных генетических исследований, включая некоторые фармакогенетические тесты, не имеют достаточного уровня доказательности. Тем не менее подобные научные исследования активно проводятся во всех областях клинической медицины, включая даже традиционную, например аюрведческую.

Модель внедрения технологий персонализированной медицины в практическое здравоохранение была разработана академиком РАН Владимиром Кукесом, который первым в нашей стране начал развивать это направление с позиции клинической фармакологии. Данная модель включает в себя несколько этапов. Прежде всего необходимо доказать ассоциацию между тем или иным биомаркёром и неблагоприятным ответом на лекарство. Затем разработать алгоритм применения ЛС в зависимости от результатов фармакогенетического теста, проверить его в рандомизированных исследованиях.

Следующий этап – клинико-экономический анализ, доказывающий его экономическую целесообразность, разработка детальной схемы внедрения метода в клиническую практику. Кроме того, фармакогенетическое тестирование должно быть регламентировано в стандартах, гайдах и т.д.

Подводя итог мероприятия, Д.Сычёв отметил, что персонализированная медицина «должна быть с человеческим лицом». По его словам, далеко не всем пациентам необходимо проводить фармакогенетическое тестирование. Прежде всего в нём нуждаются люди, которые имеют высокий риск развития нежелательных реакций на лекарственную терапию или те, кому показаны «проблемные» препараты, обладающие плохой переносимостью.

Определяющее значение имеет имплементация полученных данных и внедрение их в реальную клиническую практику, в том числе с использованием информационных технологий (так называемых систем поддержки принятия решений). Также необходимо формировать соответствующие компетенции у врачей по правильному использованию этих технологий, и в этом помогают циклы повышения квалификации в рамках непрерывного медицинского образования. Подобный цикл повышения квалификации для практикующих врачей «клиническая фармакогенетика с основами персонализированной медицины» регулярно проводится в РМАПО.

С учётом большого интереса, который вызвал семинар у молодых учёных, организаторы планируют проводить его ежегодно.

Ирина СТЕПАНОВА,
корр. «МГ».

ФГБУ «РОССИЙСКИЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР РЕНТГЕНОРАДИОЛОГИИ» МИНЗДРАВА РОССИИ
проводит симпозиум «Современные рентгенорадиологические методы диагностики и лечения в детской урологии-андрологии» (приказ Минздрава России № 275 от 29.04.2016)
1-2 декабря 2016 г.

В программе симпозиума планируется демонстрация и обсуждение современных технологий лучевой диагностики, новых технологий лечения и реабилитации пациентов с заболеваниями органов мочевой и репродуктивной систем.

Основные темы для обсуждения:

1. Лучевая диагностика заболеваний мочевыделительной системы у детей: радионуклидные методики, гибридные технологии.
2. Клинико-рентгенологические параллели заболеваний мочевой системы на основании современных методов визуализации.
3. Лапароскопические технологии лечения.
4. Эндоскопическая урология-андрология.

К участию приглашаются специалисты детские урологи-андрологи, детские хирурги, нефрологи, педиатры, специалисты лучевой диагностики, урологи для формирования единой концепции диагностики, лечения и профилактики заболеваний органов мочеполовой системы у детей.

Сроки подачи тезисов до 01.11.2016.
Предварительная регистрация до 30.10.2016.
Место проведения: ФГБУ «РНЦРР» Минздрава России, ул. Профсоюзная, 86, ст. м. «Калужская».
Информационное письмо
Оргкомитет: Deturorncrr2016@mail.ru

ФГБУ «Российский научный центр рентгенорадиологии» Минздрава России
(приказ № 275 от 29.04.2016) проводит Всероссийскую научно-практическую конференцию с международным участием на тему:
«Брахитерапия в лечении злокачественных образований различных локализаций»
17-18 ноября 2016 г.

Brachytherapy
Conference 2016

Настоящая конференция будет посвящена вопросам, посвящённым внутритканевой лучевой терапии в лечении злокачественных опухолей в области онкоурологии, онкогинекологии, проктологии, а также опухолей орофарингеальной зоны.

Регистрация участников до 14 ноября 2016 г. на сайте http://www.rncrr.ru и www.brachy-conference.ru
Подача тезисов **до 28.10.2016**, доклады до **10.10.2016**.
Тезисы и доклады оформляются на сайте конференции: www.brachy-conference.ru
Организаторы: ФГБУ «Российский научный центр рентгенорадиологии» Минздрава России.
Тел.: +7 (926) 369-86-15 А.Д.Цыбульский. E-mail: **brachy_rncrr@mail.ru**
Ассоциация «Объединение Брахитерапевтов», тел.: +7 (910) 705-38-90. E-mail: **info@accbr.ru**
Адрес проведения конференции: **117997 Москва, ул. Профсоюзная, д. 86.**

Автономному учреждению Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Советская районная больница»
СРОЧНО
требуется для временного или постоянного трудоустройства ВРАЧ-НЕФРОЛОГ
(в центр амбулаторного диализа).
Предоставляется служебное жильё, социальный пакет согласно ТК РФ, заработная плата договорная.
Контактные телефоны:
8 (922) 433-93-03 – главный врач Антонов Владимир Валентинович
8 (34675) 3-41-20 – отдел управления персоналом.
Официальный сайт: **совбольница.рф**
Адрес: **ул. Гагарина, д.62/а, г. Советский 628240, ХМАО – Югра (местность приравнена к районам Крайнего Севера).**
Резюме направлять по адресу: **sovhospital@совбольница.рф**
Более подробную информацию о нашем учреждении можно получить на официальном сайте **www.совбольница.рф**

Автономному учреждению Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Советская районная больница»
СРОЧНО
требуется для постоянного трудоустройства
АНЕСТЕЗИОЛОГ-РЕАНИМАТОЛОГ.
Предоставляется служебное жильё.
Контактные телефоны:
8 (34675) 3-41-20 – отдел управления персоналом
8 (912) 080-80-48 – заведующий хирургическим отделением.
Официальный сайт: **совбольница.рф**
Адрес: **ул. Гагарина, д. 62/а, г. Советский 628240, ХМАО – Югра (местность приравнена к районам Крайнего Севера).**
Резюме направлять по адресу: **sovhospital@совбольница.рф**
Более подробную информацию о нашем учреждении можно получить на официальном сайте **www.совбольница.рф**

В МБУЗ «ЦРБ МО БР»
на постоянную работу срочно требуются
ПЕДИАТРЫ УЧАСТКОВЫЕ
для работы в детской поликлинике города Белореченска.
Предоставляется служебное жилья .
Заработная плата от 45 тыс. руб.
Обращаться в отдел кадров:
г. Белореченск, ул. Толстого, 160.
Телефон **8 (86155) 22181**.

Идеи

Рак: иммунная защита

Иммунитет является системой сдержек и противовесов, осуществляющей сдерживание патогенов, угрожающих организму, и в то же время он выступает против воспалительных клеток аутоиммунных расстройств, например диабета 1-го типа и рассеянного склероза. В качестве передовой линии организм выдвигает мечниковские макрофаги, которые, «заглотив» и распознав угрозу с помощью особых белков клеточной кинетики (цитокинов), стимулируют Т-лимфоциты «хелперы», помогающие запустить иммунный ответ (именно макрофаги и хелперы являются главной мишенью ВИЧ).

Клетки живут в условиях постоянных стрессов, к которым приходится приспосабливаться. Помогают им в этом различные протеины, позволяющие минимизировать стрессовое воздействие. Одним из них является белковый фактор (NAF), переносящий в клетках «гроздья»-кластеры железа и серы (Fe2S2), питающие электронами митохондрии, то есть клеточные энергостанции. Электроны позволяют сдерживать увеличение агрессивных кислородных радикалов, образующихся в качестве побочного продукта в митохондриях. Белок таким образом выполняет роль естественного антиоксиданта, не допускающего закисления клеток (которое наблюдается в опухолях и при диабете 2-го типа).

Закисление ведёт к «изгнанию» ионов щелочных металлов из раковых клеток, что выявили сотрудники Института Бабрахама в Кембридже и их заокеанские коллеги из Национального института рака в Бетезде, что в пригороде Вашингтона. Избыток ионов калия останавливает иммунные лимфоциты на подступах к опухоли. Тем самым выявлен ещё один механизм иммуносупрессии при раке, который подавлялся при стимуляции в опухолеспецифичных Т-лимфоцитах гена калиевого канала. У мышей с меланомой человека удалось повысить «клиренс»-уничтожение опухолевых клеток и тем самым продлить их жизнь. Подобный подход намного дешевле, чем использование новомодных белковых «химер» (CAR – Chimeric Antigen Receptors) для расширения спектра действия и эффективности противоопухолевых Т-клеток.

В идеале лечение рака и других заболеваний можно было бы осуществлять на геномном уровне, но для этого требуется повышение «чёткости» генного редактирования. Сегодня этот подход в некоторых клетках, помимо гена-мишени, затрагивает и другие участки генома. Исследователи Геномного института в Сингапуре в сотрудничестве с коллегами из Технологического университета в китайском городе Наньян разработали высокоточную систему генной адресации (NCB) фермента, «атакующего» ДНК. Для его включения учёные использовали тамоксифен, широко применяемый для лечения на ранних стадиях рака молочной железы. Свою статью авторы назвали «Хим-индуцируемая система для быстрого контроля ген-редактирования».

Другое противораковое средство с говорящим название ОНК вселило новые надежды жертвам острой миелоидной лейкемии (AML). Оно запускает апоптоз раковых клеток, активируя ген, протеин которого подталкивает их к такому «ответу» на стресс. Смерть вызывается резким снижением энергообеспечения белкового комплекса, поддерживающего клеточный рост и деление-пролиферацию. Помогает ОНК биринапант (birinapant), стимулирующий белок апоптоза. Однако экспериментальное лекарство 3-бромпируват (3BP), использовавшийся в альтернативном Раковом центре в германском городе Брюгген, что в 50 км от Дюссельдорфа, вызвало гибель трёх голландцев и бельгийца.

Именно в связи с этим авторы многолетнего исследования, проводившегося специалистами Калифорнийского университета в Лос-Анджелесе, предложили не «трогать» мужчин, у которых обнаружена опухоль простаты на ранней стадии. Доказано, что опухоль растёт медленно и риск бурного развития процесса не превышает 1% за 10 лет (такой же, как и у тех, кому опухоль удалили или облучали). Неплохо зарекомендовал себя у женщин с опухолью молочной железы пиоглитазон (pioglitazone), снижающий уровень фермента, участвующего в транспорте упомянутого выше Fe2S2. Но всё больше надежд возлагается на иммунотерапию.

В том же Калифорнийском университете Сан-Диего обратили внимание на то, что драйвером опухолевого роста являются ТАМы, то есть «туморо-ассоциированные макрофаги» воспаления, что лишний раз доказывает связь рака с воспалением (за выявление которой датчанину Йонсу Фибигеру ещё в 1926 г. дали Нобелевскую премию). Эти макрофаги можно назвать клетками «коллаборационистами», поскольку они действуют заодно с опухолевыми и помогают развитию ракового иммунодефицита. Калифорнийцы избирательно блокировали в макрофагах фермент, способствующий транслокации ядерного фактора, мутации которого фиксируются при разных формах рака крови. В заключении они писали, что «терапевтическая нацеленность – таргетирование внутриклеточных сигнальных путей переключения функции макрофагов – может контролировать иммуносупрессию при раке и других расстройствах». Подобный вывод учёных углубляет наше понимание биологии рака и вселяет надежду развития таких стрессовых воздействий, к которым раковые клетки адаптироваться не смогут.

Игорь ЛАЛАЯНЦ,
кандидат биологических наук.

По материалам Nature Chemical Biology, Science Signalling.

Почему бы и нет?

Тяготы, перенесённые в детстве, уменьшают длину теломер – окончаний хромосом, оберегающих ДНК от повреждений. Такой вывод был сделан американскими, канадскими и австралийскими учёными. При каждом делении клетки, как известно, теломеры становятся короче и когда для нового деления длина хромосомы оказывается недостаточной, клетка погибает. Если в клетке избыток теломеразы – фермента, препятствующего укорачиванию хромосом, то это может свидетельствовать об онкологическом заболевании. За изучение теломер, теломеразы и их взаимодействия учёные трижды получали Нобелевские премии по физиологии и медицине – в 1946, 1983 и 2009 гг.

Как аукнется, так и откликнется

Оказалось, что длина теломер и их состояние могут меняться не только с возрастом, но и в результате различных процессов в организме, связанных с депрессией, нищетой и стрессом. От силы и длительности переживаний зависела и длина теломер. К примеру, длина хромосом жителей амстердамского гетто на 100-170 нуклеотид короче, чем у обитателей благополучных районов города.

Учёные проанализировали ДНК почти 4,6 тыс. пожилых американцев и американок, принимавших участие в одном из масштабных исследований старения, измерили длину их хромосом и поинтересовались у них, насколько тяжёлым было их раннее детство. Данные, которые интересовали исследователей: безденежье родителей, потеря кого-то из них, их алкоголизм или наркомания, физическое насилие со стороны родственников или сверстников в школе, другие негативные факторы. Учёные узнали и то, что случилось с испытуемыми, когда они повзрослели, изучив частоту их обращений в медицинские и социальные службы.

Анализ показал, что часть неблагоприятных факторов связана с укороченной длиной теломер и ускоренным их сокращением в пожилом возрасте. Оказалось, что больше всего на этот процесс повлияли проблемы в детстве – повышение сложности и продолжительности невзгод на одну условную единицу увеличивало шансы на укорочение теломер на 11%.

Таким образом, обнаруженная связь между длиной теломер и проблемами в детстве позволила учёным сделать вывод о том, что социальная обстановка может сильно влиять на продолжительность жизни и её качество, влияя через теломеры на предрасположенность людей к развитию хронических воспалений, проблем с сердцем и сосудами, диабетом и прочими опасными заболеваниями. Учёные также заняты поиском взаимосвязи между активностью теломеразы и старением. Однако не всё так прямолинейно: длина теломер может контролировать продолжительность жизни клеток, но не всего организма.

В настоящее время перед учёными стоит задача проверить, как теломеры влияют на предрасположенность человека к развитию хронических заболеваний.

Марк ВИНТЕР.

По информации BBC.

Взгляд

Религии, сплетни и войны

Что влияет на страх перед вакцинацией?

По данным Всемирной организации здравоохранения, вакцинация против одной и той же инфекции может горячо поддерживаться населением в одной стране мира и отвергаться в другой. Исследования показывают, что причиной могут быть разные факторы, и зачастую дело не в опасениях осложнений от прививок.

Чтобы в обществе было доверие к иммунизации, необходимо уделять внимание информированию о преимуществах и рисках вакцинирования, – считают специалисты ВОЗ. В то же время бойкот той или иной прививке может быть вызван различными факторами социально-культурного и политического характера. Наиболее распространены массовые отказы от вакцинации в странах «третьего мира», хотя они случаются везде.

Бойкот прививке

Одним из ярких примеров является бойкот прививки против полиомиелита в южных районах Нигерии в 2003 г. Как поясняет антрополог Лондонской школы гигиены и тропической медицины Хейди Ларсон, понимание реальных причин отказов позволяет выработать стратегию взаимодействия с группами, выступающими инициаторами протестных движений, и преодолевать недоверие к иммунизации. «Где-то недоверие может быть вызвано отсутствием налаженной коммуникации между органами здравоохранения и населением. Но коммуникация не решает проблему, когда непонятны её корни», – заявила она.

Исследования, которые проводит Х.Ларсон с коллегами, направлены на выявление причин отказов. Материалы показывают, что причины могут быть вызваны религиозными убеждениями, неприятием «официальной» медицины в целом, предпочтением альтернативных методик и даже обычными практическими аспектами вакцинации.

Например, исследования в очагах отказов от прививок полиомиелита в Индии показали, что матери не хотели участвовать в вакцинации детей, поскольку делать прививку приезжали специалисты из Дели, а не врачи, с которыми они взаимодействовали постоянно. Они боялись, что при возникновении проблем им придётся ехать в Дели, опасались незнакомых медиков, к тому же им не нравилось, что многие из них мужчины.

Как вызвать доверие?

Антропологические исследования проводятся методом «включённого наблюдения». Исследователь стремится «стать своим» в местном сообществе. Он участвует в разговорах, выслушивает слухи, сплетни, мнения. Это позволяет увидеть проблему глазами участников сообщества, выделить аргументы, которые влияют на опасения больше всего. Доктор Ларсон поясняет, что некоторые сообщества выработали «свои взгляды на медицину». Для того чтобы заменить их на другие, нужно хорошо понимать людей, с которыми имеешь дело.

Основными причинами отказов антропологи называют религиозные или специфические философские воззрения. В религиозных группах высоко доверие их членов, единомышленники распространяют и поддерживают определённые представления по тому или иному вопросу. Несколько лет назад в ортодоксальной еврейской общине в Бруклине (Нью-Йорк) возникла вспышка кори. Примерно в то же время аналогичная вспышка произошла и в еврейской общине Северного Лондона.

– Представители общин не только не приемлют прививок по религиозным соображениям, но и тесно общаются между собой. Быстрое распространение инфекции среди их членов, даже проживающих на разных континентах – закономерно. Впрочем, и ортодоксальные сообщества меняют отношение к иммунизации, если удаётся переубедить лидеров мнений, – пояснила Х.Ларсон.

Другой причиной массовых отказов, могут быть некорректные или неверно понятые результаты научных исследований о связи между вакцинацией и осложнениями. Например, в Великобритании была проведена и опубликована работа по комбинированной вакцине КПК (корь, паротит, краснуха). Дальнейшие исследования показали, что выводы её авторов о связи вакцинации с рядом заболеваний не подтверждаются.

Методом пропаганды

Другой пример: появившаяся в 80-х годах прошлого века научная статья по вакцине от столбняка. Католическая организация противников абортов поняла её так, что противостолбнячная вакцина приводит к бесплодию (в статье говорилось лишь о том, что ряд свойств вакцины может быть использован для создания препаратов для контрацепции), и разослала предупреждение католическим общинам в 60 странах.

В результате отказы от вакцинации по всему миру составили более 40%, мэр Манилы лично остановил прививочную кампанию, а представителям ВОЗ пришлось обратиться в Ватикан для разъяснения недоразумения. Кроме того, повышению отказов от вакцинации в конкретном регионе способствуют войны, серьёзные политические конфликты, тяжёлая экономическая ситуация – людям просто не до прививок.

По свидетельствам антропологов, 9 из 10 людей в принципе ничего не имеют против прививок. Но группы, которые по тем или иным соображениям выступают против вакцинации, могут разворачивать пропагандистские кампании и влиять на других. Информация распространяется как снежный ком, всё больше людей втягивается в обсуждение «страшных последствий прививок», опасения крепнут, и даже те, кому раньше не приходило в голову отказываться от вакцинации, начинают задумываться. При этом людям свойственно больше обращать внимание на негативную, чем на позитивную информацию.

– Так было всегда, – отметила Х.Ларсон, – однако появление интернета привело к изменению масштабов и скорости распространения слухов, и приверженцам альтернативных убеждений стало проще привлекать широкое внимание к своей позиции. Тот факт, что люди довольно легко поддаются таким влияниям, не являясь принципиальными противниками прививок, показывает, что значительная часть населения нуждается в поддержке и большей уверенности для принятия решений о вакцинации себя и своих детей.

Это значит, что глобальные организации, и государственные и местные органы здравоохранения должны уделять больше внимания как информированию людей об иммунизации, так и выявлению причин возникновения протестных настроений. В 2012 г. ВОЗ создала Стратегическую консультативную группу экспертов по иммунизации, которая занимается этими вопросами.

Ян РИЦКИЙ.

По информации who.int

Однако

Почке — 100 лет

В Великобритании проживает обладательница самой старой пересаженной в мире почки.

Эта операция по трансплантации была проведена женщине по имени Сью Вестхед в ноябре 1973 г. в больнице Королевы Виктории в Ньюкастле. Донором стала мать пациентки, которой на тот момент было 57 лет.

Сейчас возраст пересаженной почки достиг 100 лет, и она всё ещё отлично работает. Как говорит Сью Вестхед, возможно это связано с хорошей генетической наследственностью её матери. 43 года назад, сразу после операции, врачи сообщили семье пациентки, что пересаженный орган проработает не более 20 лет, после чего потребуется повторная трансплантация.

Медики считают, что не последнюю роль в продолжительности жизни почки сыграло то, что пациентка неукоснительно следовала рекомендациям врачей, принимая по 20 таблеток в день, чтобы избежать отторжения органа.

Мне столетье не преграда!..
почка
Ф-16

Специалисты заявляют, что случай Сью даёт надежду пациентам, которые находятся на диализе, а также поможет вдохновить людей стать донорами при жизни или присоединиться к Регистру доноров органов.

Владимир ПОЗДНЯКОВ.

По информации BBC News.

Ракурс

Четырёхкратный рост заболеваемости сахарным диабетом за последние 30 лет заставляет медиков говорить о пандемии болезни, которая вынуждает мировое сообщество тратить всё больше средств на борьбу с ней. Всемирная организация здравоохранения прогнозирует ещё больший рост заболеваемости. Однако, с точки зрения президента Международной федерации диабета (IDF) Шауката Садикота, хотя полностью победить болезнь вряд ли удастся, её рост вполне можно остановить.

Несладкие происки «сладкой» болезни

– Как известно, ген инсулинорезистентности есть у каждого человека. Поэтому полностью победить диабет можно научившись менять гены в человеческом организме. То, что мы можем сделать именно сейчас, пока нет такой технологии, – это уменьшить количество людей, больных диабетом, эффективнее лечить заболевших и стараться раньше диагностировать болезнь. Это даст человеку возможность дольше и лучше жить. Приложив усилия, выполнить эту задачу вполне реально.

Одна из основных задач IDF – информировать и обучать врачей и пациентов. Информационные кампании, которые мы проводим с помощью СМИ, обучающие программы с привлечением ведущих экспертов-медиков позволяют многого добиться, даже если они не так масштабны, как нам хотелось бы. И маленькие шаги помогают достигнуть цели. IDF сотрудничает с локальными ассоциациями диабета, которые, в свою очередь, стараются воздействовать на правительства своих стран с тем, чтобы принимались государственные программы по борьбе с диабетом. Во многих странах, что характерно, они уже приняты.

Наряду с этим существует психологическая проблема – люди боятся обращаться к врачам, опасаясь страшного диагноза. Именно поэтому реальные цифры заболевших диабетом во всех странах в несколько раз ниже реальных. Прежде всего необходимо развеять ряд мифов о диабете. Болезнь совершенно необязательно заканчивается слепотой и другими страшными осложнениями. Ранняя диагностика как раз и позволяет избежать тяжёлых последствий. Что касается зависимости от инсулиновых инъекций, то больше 75% больных в них не нуждаются.

В нашей жизни, как известно, рисков немало. В конце концов, мы рискуем просто переходя через дорогу. Как и во всех остальных делах, снизить риски позволяет здравый смысл. То же самое относится и к диабету. Здравый смысл подсказывает, что знание о потенциальной опасности помогает существенно снизить риски. У разных людей и даже разных народов различна генетическая предрасположенность к диабету, и, как мы знаем, генетические факторы весьма значимы для этой болезни. У некоторых людей генетика такова, что вероятность болезни для них совсем низкая. Даже если они не будут следить за своим питанием и образом жизни, то вряд ли заболеют. Хотя и таким счастливцам следить всё же стоит, какая-то вероятность всё равно остаётся.

У большинства же людей предрасположенность средняя. Как снизить шансы? Практика показывает, что для этого человеку со «средней предрасположенностью» вовсе не нужно прилагать каких-то титанических усилий. Нет необходимости совсем отказываться от сахара, соли, пищи с повышенным содержанием жиров, нужно просто в разумных пределах ограничить их потребление. Не нужно изнурять себя каждый день посещением спортзала, а просто поддерживать ежедневную физическую активность на определённом уровне – гулять, время от времени заменять поездку на машине или общественном транспорте прогулкой пешком, пользоваться лестницей, а не лифтом, бывать на свежем воздухе, отдыхать и расслабляться. Это не так уж и много, но позволяет не только снизить риск диабета, но и чувствовать себя физически лучше и счастливее. Если большинство людей будут придерживаться этих принципов, уровень заболеваемости можно существенно снизить.

Кстати, не соглашусь с тем, что диабет – это болезнь благополучных богатых стран, как это было принято какое-то время считать. Дешёвая некачественная пища вредна. Люди в небогатых странах не следят за собой, предпочитая потреблять фастфуд, сидеть за телевизором или компьютером вместо того, чтобы приготовить еду из недорогих, но полезных продуктов или поиграть в футбол во дворе.

Очень важно, чтобы достаточное представление о признаках и симптомах болезни имели врачи общей практики или семейные доктора (в России – врачи первичного звена, поликлинические терапевты), чтобы они умели определять преддиабетическое состояние пациентов, вовремя направить на анализы, дать необходимую консультацию. Для этого наша федерация организует специальные обучающие программы по всему миру. В ближайшие полгода такую школу планируется провести и в России. Пока программа разработана на английском, но она будет переведена на русский язык. Привлечь к работе школы мы также планируем ведущих российских экспертов по диабету.

Другая важная для нас задача – получение обратной связи. Современные методы лечения диабета не дёшевы. Качественная медицина не может быть дешёвой, иначе это плохая медицина. Но средства должны быть потрачены наиболее эффективно, принести максимальную отдачу людям. Мы видим, что в одних регионах программы работают хуже, где-то лучше, и должны понимать, почему сейчас подходы к здравоохранению всё больше ориентируются на эффективность, одним из них является оплата препаратов по факту достигнутого результата.

Борис БЕРКУТ.

**По информации who.int;
сообщениям Reuters и BBC.**

Болезни великих

Метания Всеволода Гаршина

Патографические аспекты короткой жизни классика

«Каждый стареющий писатель,
искренне любящий своё дело,
радуется, когда он открывает
себе наследников:
Вы из их числа».
И.С.Тургенев в письме
из Парижа к В.М.Гаршину...

Внезапно уйдя из жизни в 33 года, он оставил современникам и нам, его потомкам, немало тайн, расшифровать кои удалось только в наши дни. По свидетельству очевидцев, уже в пору «младых ногтей» Сева отличался удивительной чуткостью к явлениям окружающего мира. Ему были необычайно близки такие высокие понятия, как Родина, чувство долга и служение Отечеству. Слушая разговоры старших о недавно завершившейся Крымской войне 1853-1856 гг., он даже намеревался отправляться в поход и, собрав всё нужное в узелок, совершенно серьёзно приходил к матери… прощаться. А от роду ему тогда было около 5 лет.

Особая чувствительность

...Всеволод Гаршин появился на свет 2 февраля 1855 г. в Бахмутском уезде Екатеринославской губернии в дворянской семье скромного достатка. Сам род Гаршиных был весьма стародавним. Согласно передававшимся из уст в уста семейным преданиям, его родоначальник Мурза Горша (Гарша) был выходцем из Золотой Орды и при Государе всея Руси Иване III его окрестили. Ему, а после и его потомкам были пожалованы земли в Воронежской губернии, где Гаршины и жили продолжительное время. В 1858 г. отец Всеволода вышел в отставку, получив небольшое наследство. Был приобретён дом в Старобельске в 12 верстах от родового имения. В нём и стала жить семья, увеличивавшаяся каждый год. Юный Сева (третий ребёнок в семье) уже в 3 года выучился читать, и это умение во многом повлияло на судьбу нашего героя... В период с 4 до 8 лет Сева пережил множество психоэмоциональных потрясений...

Вот как Гаршин откровенно поведал об этом в своей «Автобиографии»: «Пятый год моей жизни был очень бурный. Меня возили из Старобельска в Харьков, из Харькова в Одессу, оттуда в Харьков и назад в Старобельск». На хрупкую душу мальчика повлияло и горькое расставание с родителями. Увлечённая до беспамятства домашним учителем П.Завадским мать Севы, бросив семью, устремилась в ссылку в Петрозаводск за своим любовником, а после стала жить со своими старшими сыновьями в Петербурге. Сева же остался с отцом в Старобельском уезде. Михаил Егорович стал участвовать в работе дворянского комитета по разработке положений реформы крестьян, однако окружающие вскоре стали замечать у него признаки душевного заболевания.

Именно в ту пору предоставленный самому себе мальчишка перечитал горы книг. Никогда более в его краткой жизни он так много и с таким упоением не читал! Кроме обычных детских книжек, это были крайне непростые для юного восприятия публицистические статьи из журналов «Современник» и «Время». Мощно подействовали на детскую неокрепшую психику произведения Гарриет Бичер-Стоу «Хижина дяди Тома» и «Жизнь негров», а также «Собор Парижской Богоматери» Виктора Гюго и «Что делать?» Николая Чернышевского. А ещё он буквально проглатывал сочинения Пушкина, Лермонтова, Гоголя и Жуковского, признавшись в «Автобиографии», что «...это раннее чтение было, без сомнения, очень вредно». С недетским упорством и серьёзностью Сева пытался ставить научные опыты, желая самостоятельно осмыслить выводы из популярной в те годы энциклопедии «Мир божий». Только летом 1863 г. мать увезла 8-летнего Всеволода в Петербург, и из тихой и уединённой провинциальной атмосферы мальчишка попал в шумную, никогда не пустовавшую петербургскую квартиру Екатерины Степановны.

Эмансипированная мамаша страстно обожала всяческие компании и постоянно окружала себя всё новыми и новыми людьми, что, естественно, не давало душевного покоя ни Севе, ни его старшим братьям. Девятилетнего нашего героя отдали в 1864 г. в гимназию. Уже в ранней юности (если не в отрочестве) у Всеволода Гаршина стали явственно проявляться первые симптомы расстройства психической деятельности.

Обнаружились смутные желания бороться с неким «мировым злом». Один из товарищей по гимназии (А.Алимов) в своих мемуарах подчёркивал: «Нередко бывало, что этот весёлый на вид, беззаботный гимназист вдруг присмиреет, смолкнет, будто недоволен собой и окружающим, будто горько ему, что кругом недостаточно умного и хорошего. Иногда при этом с уст его срывались замечания о том, что необходимо бороться со злом, и высказывались подчас очень странные взгляды, как устроить счастье всего человечества».

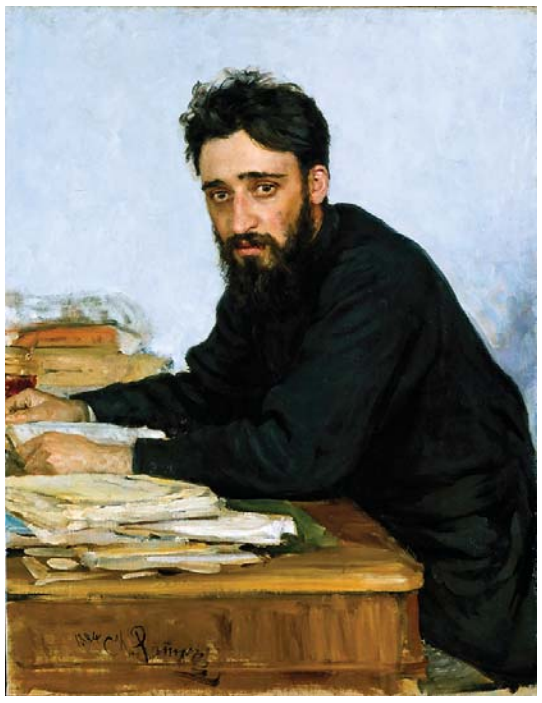
Первые приступы

В гимназический период Всеволод страстно увлёкся естественными науками и в первую очередь ботаникой. Но жизнь вносила свои коррективы. Тягостные впечатления и неприятные катаклизмы действительности не могли не обострять угнетённое психоэмоциональное состояние Гаршина, способствуя истощению душевных сил молодого человека.

Приступы заболевания на первых порах были не очень частыми, однако эти пароксизмы надолго выбивали юношу из привычной житейской колеи и не давали возможности продуктивно осваивать учебные дисциплины и эффективно интеллектуально работать. Ситуация осложнялась наследственными механизмами душевных расстройств по отцовской линии: дед был крайне неуживчивым и неуравновешенным человеком, а у отца в довольно молодом ещё возрасте регистрировались явные симптомы психических нарушений. При этом один из братьев Севы покончил счёты с жизнью в юношеском возрасте. Биполярное депрессивное расстройство, диагностированное у В.Гаршина, представляло собою довольно тяжёлую патологию. Оно протекало в форме чередующихся друг с другом аффективных фаз (депрессивных и маниакальных), отграниченных «светлыми» периодами относительного психического здоровья. На протяжении 1872-1877 гг. у Гаршина были документированы как маниакальная, так и ряд депрессивных фаз, по поводу которых он получал лечение в знаменитой Сабуровой даче в Харькове (сегодня это Харьковская областная психиатрическая больница № 3).

«Красный цветок»

Последнее депрессивное состояние закончилось попыткой свершения самоубийства. Отметим особо, что один из эпизодов пребывания писателя в Сабуровой даче художественно описан в удивительно щемящем и даже сегодня берущем читателя за душу произведении – новелле «Красный цветок». Самый лучший, по мнению критиков, рассказ написан был в самом удачном году – в 1883-м, когда Гаршин по любви женился на враче Н.Золотиловой. В символических образах «Красного цветка» неожиданно пересекаются философские и политические идеи, научные концепции и мифологические мотивы. Позднее Гаршина нередко отождествляли с героем рассказа, объясняя поведение писателя необычайным желанием самопожертвования. Даже его внешний облик описывался символически. Много говорилось о «пророческом взгляде», об «апостольской красоте» и «страдальческих устах» Гаршина... Это позволило великому Репину использовать облик Всеволода для подготовки нескольких знаменитых полотен, включая картину «Не ждали».



В.Гаршин. Автор портрета Илья Репин

Вместе с солдатами

После окончания реального училища, в которое была преобразована гимназия, в 1874 г. 19-летний Всеволод мечтал поступить в Медико-хирургическую академию, поскольку страстно интересовался естествознанием. Но мечте юноши сбыться было не суждено: выпускников реальных училищ (гимназий), согласно только что вышедшему постановлению Министерства просвещения, в академию принимать не разрешалось. И хотя карьера инженера Гаршина никак не прельщала, он был вынужден пойти учиться в Горный институт, что, несомненно, нанесло удар по самолюбию юноши, поскольку диктовало необходимость заниматься не самым любимым делом. Оба родителя Севы, как и многие шестидесятники, считали, что только «положительные» науки смогут оказать помощь в преодолении отсталости страны и способствовать исправлению её социальных хворей. Учёба в институте была прервана Гаршиным в связи с важными событиями: разгоревшаяся в апреле 1877 г. война России с Турцией за освобождение балканских славян побудила второкурсника в роли вольноопределяющегося отправиться в один из пехотных полков. Вместе с простыми солдатами, которые искренне полюбили студента-добровольца, он совершил трудный изнурительный поход по Дунаю, а в августе в сражении при Аясларе Всеволод получил ранение в ногу. Накануне этого события Гаршин восклицал: «Опять льётся кровь, опять убитые, опять стоны раненых... Впрочем, это нужно... Неизбежно... Нужно же, наконец, дать свободу славянству, изнывающему в турецком рабстве. И чем купить её, эту свободу, как не страданиями?!».

По окончании войны Всеволода произвели в офицеры, однако он вышел в отставку, почувствовав в себе литературное призвание.

В 1888 г. здоровье нашего героя сильно пошатнулось. Г.Успенский, хорошо знавший Всеволода, утверждал, что болезнь друга «питали впечатления действительной жизни», которые оказались стрессогенными и невыносимыми для нездорового в психоэмоциональном состоянии Гаршина. Наблюдательный лингвист Ф.Батюшков в своих воспоминаниях подчёркивал: «Гаршин представляется таким человеком, который, с одной стороны, стремился быть выше и лучше других, с другой, тяготился своими преимуществами: ему всю жизнь было «стыдно быть хорошим», то есть образованным, интеллектуально и эстетически развитым человеком»... А писатель П.Быков привёл такие записанные им подлинные слова Гаршина: «Я должен соприкасаться с гнетущей действительностью, и потом меня ещё как-то давят недобрые предчувствия – точно около меня проходят разнообразные тяжёлые сны и болезненно задевают меня. То я вижу себя утопающим, то яростно вызываю кого-то на поединок, то попадаю в зверинец, вижу, как тигр разламывает клетку и бросается на меня, а я лежу окровавленным, привлекая толпу праздных зрителей, выражающих мне ненужное сочувствие и любопытство».

Роковая картина

Существует соображение литературоведов и психиатров, что гений и сумасшествие довольно тесно связаны. Появилось на свет оно благодаря широкому распространению культуры периода романтизма с его доминантой спонтанности и иррациональности, а также своеобразным культом интуитивности творческого начала. Не такой уж редкий союз литературы как таковой и разного рода психопатий авторов, её создающих, издавна интересовал не только представителей психиатрической науки и практики, он испокон веков подогревается и массовой культурой. Статьями о гениях и умопомешательстве (модная во все времена тема) наводнены и гламурные издания, и всемирная паутина.

...Есть довольно распространённая версия о том, что писатель покончил счёты с жизнью после непосредственного личного знакомства с картиной И.Репина «Иван Грозный убивает своего сына». Но это не совсем так. Гаршин действительно позировал Репину для этюда по этой картине в 1883 г., однако это было за 5 лет до его самоубийства. Писатель и художник были почти земляками и дружили многие годы... Сам Илья Ефимович встретил Гаршина за неделю до смерти последнего в Гостином Дворе. Вот что вспоминал сам Репин: «Мне захотелось побродить с ним. Он был особенно грустен, убит и расстроен. Чтобы отвлечь мой упорный взгляд, обращённый на него, Гаршин сначала попытался шутить, затем стал вздыхать, и страдание, глубокое страдание изобразилось на его красивом, но сильно потемневшем за это время лице. Бродили мы часа два, всё больше молча. Потом Гаршин вспомнил, что ему очень необходимо спешить по делу, и мы расстались – навеки».

Драматург Н.Демчинский, который совместно с Гаршиным работал над пьесой (она осталась незаконченной), отмечал, что когда Всеволод познакомился с картиной «Иван Грозный», то он не спал всю ночь, а его непосредственным впечатлением были произнесённые дрожащим от волнения голосом слова: «Зачем, зачем столько крови?». Демчинский подчёркивал, что нечто особенное властно влекло Гаршина к этой крови, и он, идя на службу в канцелярию, всё-таки заходил на несколько минут на выставку, чтобы встретиться с этим роковым произведением...

Осенью 1887 г. наступила очередная депрессия, которая продолжалась до весны 1888 г. К этому периоду у Всеволода резко ухудшились отношения с матерью, которая преследовала сына назиданиями и требованиями больше писать. Из-за болезни Гаршин оставил службу и по совету докторов должен был отправиться на отдых в Крым. Но этому не суждено было сбыться. В день отъезда, не выдержав тяжёлых душевных мучений, писатель бросился в пролёт лестницы. Не приходя в сознание, через три дня он скончался. Вскоре после его смерти были подготовлены два благотворительных сборника «Памяти В.М.Гаршина». В одном из них А.Чехов опубликовал рассказ «Припадок», в котором психологически точно передал своеобразие личности литератора, обусловленное «человеческим талантом» сострадания и «великолепным чутьём к боли», которым в полной мере обладал автор «Красного цветка».

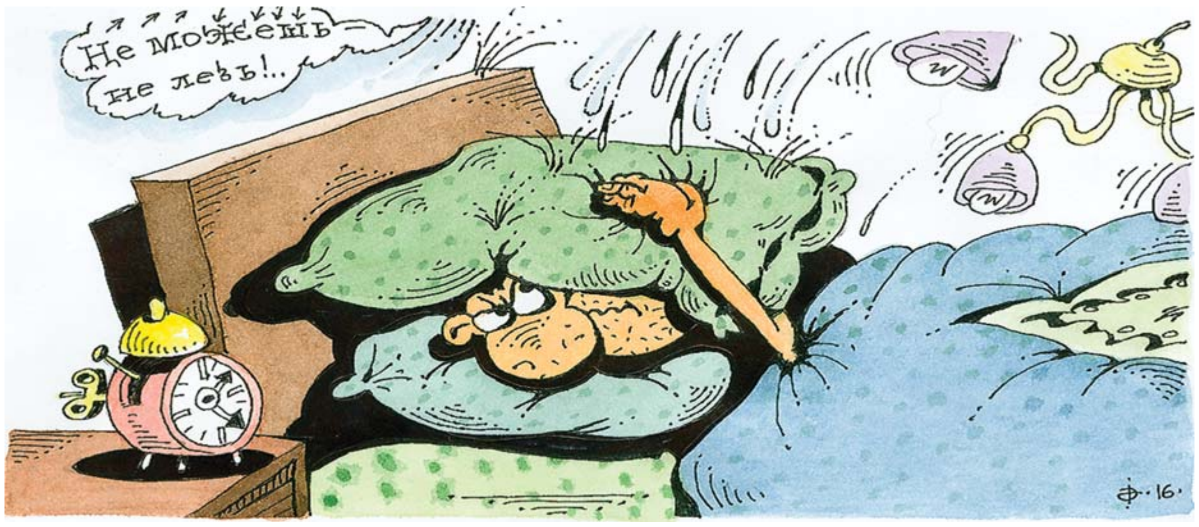
Николай ПЕРЕСАДИН,
профессор.

Воронежская область.

На литературный конкурс

Игорь ЗДОРОВЦЕВ

Живи и радуйся!



Говорят, что стрессы – это удары по голове изнутри. Только вот у нас они могут бить вашу голову и снаружи. И потому здесь главное – уметь защищаться от стрессов. Чем? В первую очередь позитивным настроем!

Вот у нас домов понастроили в прошлые годы столько, что не сосчитаешь, особенно тех, что заполнены этими самыми стрессами. Так что, хотя у нас с квартирами сейчас, в общем-то, хорошо, а без квартир – всё ещё плохо, тем, кто уже оквартирен, нечего (и чаще всего некому) жаловаться, а тем более роптать, наполняясь стрессовым негативом! Живи себе в своих четырёх стенах и радуйся... что не на улице где-то обитаешь, на несвежем воздухе.

Правда, туалет у тебя совмещённый... почти с кухней? Так это же здорово! Потому как на дезодорантах можно экономить.

Ну а то, что из кранов не всегда течёт вода, зато течёт ванна... у соседа, который где-то над тобой? Но ведь и это уже начало уходить в прошлое. Потому как в твоём ДЭЗе или ЖЭКе наверняка уже решение приказано «сверху» принять – наконец-то отремонтировать водопровод... сработанный ещё рабами Рима.

И нечего бояться, что в связи с этим в целях проверки энергоснабжения в твоём доме могут отключать лифт, тем более его всё равно для твоей девятиэтажки когда-то забыли запроектировать.

Короче, незачем сеять панику и наполняться негативом. Да и не одинок ты – люди кругом, особенно над тобой.

Да, конечно, тебе порой надоедает почти каждую ночь вскакивать. Потому что сосед твой падает на пол. Под крики: «Не можешь – не лезь!».

Ты наверняка от всего этого пытаешься забаррикадироваться подушкой. Но это почему-то не помогает. И верхнее соседское тело опять сотрясает твой потолок... и хрусталь в твоей люстре опять дребезжит от истошных женских воплей: «Не можешь – не лезь!». Такой вот ночной кошмар!..

Но ведь, действительно, не можешь, чего лезешь-то?! Тем более если ты – метр с кепкой?

И потому ты однажды не выдерживаешь и решаешь помочь... ближнему своему, то есть верхнему. И поднимаешься среди ночи в его квартиру. И помогаешь этому недомерку... залезть на стремянку и... прикрепить, наконец-то, карниз, а заодно и люстру!

Но твой покой недолог? Потому как некий любитель животных меняет свою суперэлитную комнатную собачку на эту двухкомнатную квартиру, которая прямо над твоей спальней. И тут же начинает заниматься в своём вновь обретённом месте проживания разведением... лошади!

Вечерами, когда новый верхний сосед гонит своё домашнее животное на водопой, то есть в ванную, у тебя начинает раскачиваться и просто гаснуть твоя люстра. И даже бра норовит брякнуться на пол, напоминая, что оно вовсе и не бра, а давний заводской брак.

Но становится ещё хуже, когда твой сосед отправляет свою лошадь в ночное. На балкон. Поскольку довольное ржание расположенного наверху непарнокопытного снова разрушает твои сны, лишая дальнейшей трудоспособности и позитивного настроя.

Однако особенно тяжело приходится тебе по утрам. Поскольку, когда кони сытые, они бьют копытами. А ведь бьют-то они не по какому-то чужому, а по твоему собственному потолку!

Ну а днём, когда этот верхний сосед начинает устраивать в своей квартире скачки, а точнее, дерби, ты вынужден покидать собственную жилплощадь и хочешь не хочешь появляться на своём рабочем месте в таки наполнившемся хоть каким-нибудь позитивом состоянии. И всё только потому, что уже не можешь больше слышать всхрапываний и стонов загнанного куда-то не туда животного. А также постоянного хлопанья наподобие бурных аплодисментов, местами переходящего в овации.

И тогда ты начинаешь обивать пороги соответствующих инстанций, считая недопустимым дальнейшее разведение в многоэтажном малогабаритном строении крупного домашнего животного, даже в плане кампании по развитию в стране животноводства в связи с необходимостью импортозамещения сельхозпродуктами. На что ты слышишь настоятельные рекомендации обратиться к «нервным специалистам» или же странные разъяснения, что вышеупомянутая в твоих жалобах лошадь твоего нового верхнего соседа – это всего лишь Пегас, способствующий развитию творческого потенциала литератора и где-то даже писателя, поселившегося над тобой...

Но, в общем-то, что там ни говори, а жить можно. Конечно, если ты не влез в драконовские кредиты для постоянного ремонта потолка и тебя пока не достают чёрные коллекторы. Тем более что проектировщики твоего жилища когда-то не успели в припадке борьбы за экономию комнатного воздуха соединить пол с потолком. А потому ты можешь спокойно обитать в своей приватизированной квартирке. Особенно приняв горизонтальное положение и накрывшись звуконепроницаемыми подушками. Так что, нечего роптать! А следует даже радоваться, потому что с квартирами у нас хорошо... особенно если доживём до их капитального ремонта в обозримом нашими внуками будущем. А раз есть цель – дожить, значит, она будет способствовать нашему всеобщему долголетию, а разве это не здорово?!

Московская область.

Умные мысли

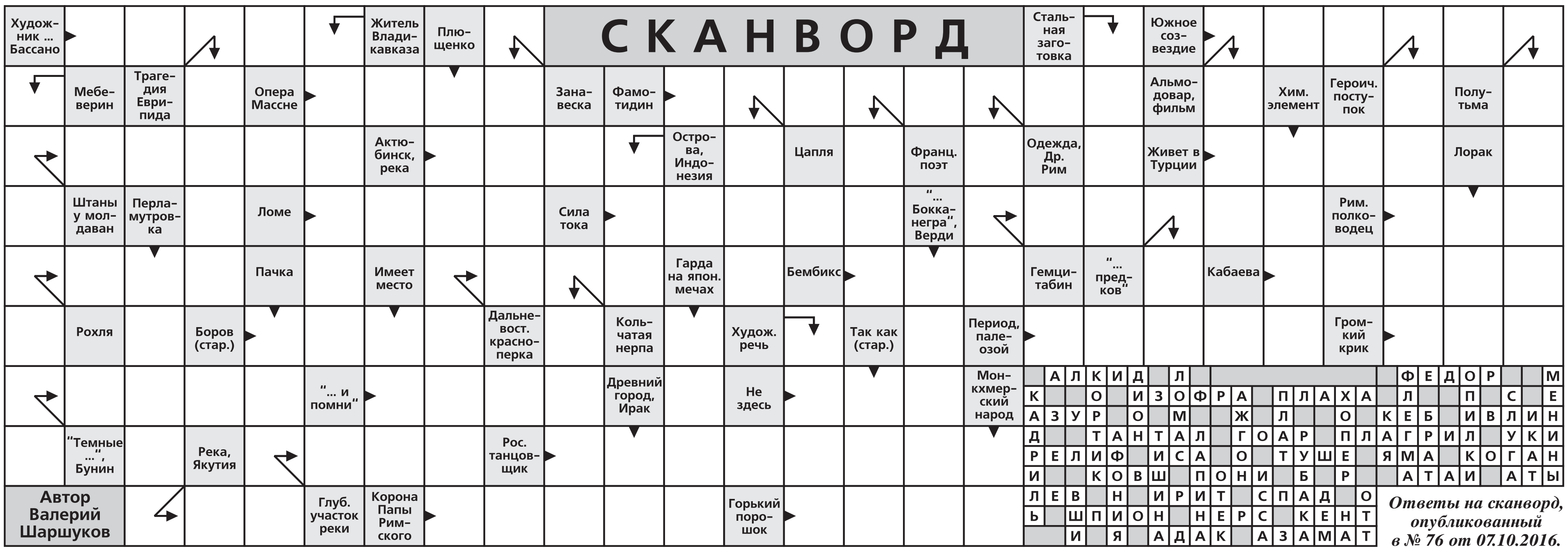
Виктор МАКЕЕВ

Идеи жизни и жизнь идей

- Когда всё видишь, трудно не заплакать.
- Рамки приличия – границы вашего фотопортрета.
- «Иск» всегда в поиске виноватого.
- Бумага всё терпит. Потом становится уликой.
- Если лётчик – хулиган, это его окончательная высота.
- Теперь от правды и под землёй не спрячешься. Там сплошные турникеты да видеокамеры.
- Дави на газ, пока Газпром не догнал.
- Круговорот беды в природе.
- Даёшь каждому альтернативную фамилию!
- Государства дружили домами правительства. Народы дружат кухнями.
- Совет писателям: нашёл своего читателя, не утопи его в своём таланте.
- Несчастье начинается там, где оно уже кончается.
- Всякое ясновидение – результат тёмных сил.
- На собственный день рождения надо приходить в рубашке, в которой родился.
- Родное, много раз оплёванное лицо...
- Учись ждать – научишься жить.
- Бредовые идеи о медовых идеях.
- Нафталин пахнет ретро.
- Разделение властей – четвертование электората.
- Никаких денег не хватит, когда всё по бартеру.
- Правда пошла горлом.
- «Умники совести», от вас требуется срочно поумнеть!
- У Льва все блохи царских кровей.
- Не философствуй! Философские камни падают на собственные головы.
- Пострадал от недержания сдержанности.
- Трудно жить с богом в сердце. Он – на небе, а ты – на земле.
- Процесс еды – это разговор со своим желудком.

Москва.

СКАНВОРД



Автор Валерий Шаршуков

Ответы на сканворд, опубликованный в № 76 от 07.10.2016.

Полное или частичное воспроизведение или размножение каким-либо способом материалов, опубликованных в настоящем издании, допускается только с письменного разрешения редакции газеты.

Материалы, помеченные значком ❑, публикуются на правах рекламы. За достоверность рекламы ответственность несёт рекламодатель.

Главный редактор А.ПОЛТОРАК.
Редакционная коллегия: Д.ВОЛОДАРСКИЙ, В.ЕВЛАНОВА, В.ЗАЙЦЕВА, А.ИВАНОВ, В.КЛЫШНИКОВ, Т.КОЗЛОВ, В.КОРОЛЁВ, Д.НАНЕИШВИЛИ, А.ПАПЫРИН, Г.ПАПЫРИНА, В.САДКОВСКИЙ (зам. главного редактора – ответственный секретарь), И.СТЕПАНОВА, К.ЩЕГЛОВ (первый зам. главного редактора).
Дежурный член редколлегии – И.СТЕПАНОВА.

Справки по тел.: 8-495-608-86-95, 8-916-271-10-90, 8-495-681-35-67.
Рекламная служба: 8-495-608-85-44, 8-495-681-35-96, 8-967-088-43-55.
Отдел изданий и распространения: 8-495-608-74-39, 8-495-681-35-96, 8-916-271-08-13.
Адрес редакции, издателя: пр. Мира, 69, стр. 1, пом. XI, ком. 52 Москва 129110.
E-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения).
«МГ» в Интернете: www.mgzt.ru
ИНН 7702394528, КПП 770201001, р/с 40702810338000085671, к/с 30101810400000000225,
БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

Отпечатано в АО «ПК «ЭКСТРА М»
143405 Московская область
Красногорский район, г. Красногорск,
автодорога «Балтия», 23 км,
владение 1, дом 1.
Заказ № 16-09-00422
Тираж 28 493 экз.
Распространяется
по подписке
в Российской Федерации
и зарубежных странах.

Корреспондентская сеть «МГ»: Благовещенск (4162) 516190; Брянск (4832) 646673; Кемерово (3842) 354140; Нижний Новгород (831) 4320850; Новосибирск 89856322525; Омск (3812) 763392; Самара (8469) 517581; Санкт-Петербург 89062293845; Смоленск (4812) 677286; Ставрополь 89288121625; Чита (3022) 263929; Уфа (3472) 289191; Киев (1038044) 4246075; Реховот, Хайфа (Израиль) (10972) 89492675; Ханау (Германия) (1049) 618192124.

Газета зарегистрирована Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор). Свидетельство о регистрации: ПИ № ФС77-65711 от 13.05.2016 г. Учредитель: ООО «Медицинская газета».

Подписные индексы в Объединённом каталоге «Пресса России»: 50075 – помесячная, 32289 – полугодовая, 42797 – годовая.