

Инициатива

Пусть научат!

Надымских школьников умело ориентируют выбирать медицинскую профессию



Специалисты Ямальского окружного центра медицинской профилактики (ЦМП) проводят активную профориентационную работу с молодёжью. Одно из таких мероприятий состоялось недавно для учеников 9-х классов школ Надыма.

В ходе экскурсии по ЦМП подростки познакомились с работой медиков не на словах, а на деле. Каждый желающий смог попробовать себя в роли медицинского работника: под руководством опытных врачей и медсестёр учащиеся овладевали диагностическим обо-

работая на диагностическом оборудовании центра здоровья, надымские школьники пробуют себя в роли медицинских работников

рудованием. Ребята исследовали функции внешнего дыхания и определяли объём лёгких своих одноклассников, научились правильно измерять артериальное давление. Закончилось мероприятие лекцией врача-терапевта, посвящённой основам здорового образа жизни.

Подобные мероприятия по профориентации стали для нашего учреждения традиционными и вызывают живой интерес у ребят, — отмечает заместитель главного

врача ЦМП по профилактической работе Наталья Половодова. — Отрадно, что проводимая нами работа способствует пополнению здравоохранения Ямала молодыми кадрами — часто такая экскурсия служит для ребят отправной точкой, после которой они принимают осознанное решение посвятить себя медицине.

Александр МЕЩЕРСКИЙ.

Надым.

Перемены

Записать ЭКГ можно и на улице

В Республике Тыва все районные больницы и станции скорой помощи получили новые портативные электрокардиографы, которые будут использоваться для дистанционного консультирования со специалистами регионального сосудистого центра (РСЦ), что приведёт к снижению смертности населения от сердечно-сосудистых заболеваний.

Компактный телекардиограф удобен тем, что врач или фельдшер могут использовать его не только в больнице или дома у пациента, но и прямо на улице. Аппарат имеет встроенный принтер «на батарейках», что позволяет распечатывать ленты ЭКГ, но главное

его преимущество — способность передавать кардиограмму по каналам сотовой телефонной связи. После записи ЭКГ врачу достаточно нажать кнопку «Передача», и информация в цифровом виде отправляется в РСЦ. Заключение специалистов центра

важно для принятия решения о тактике медицинской помощи больному.

Все специалисты региональных больниц и станций скорой медицинской помощи, которым предстоит иметь дело с новым оборудованием, уже прошли обучение и с апреля начнут проводить дистанционное ЭКГ-консультирование.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Кызыл.



Заместитель председателя
Правительства РФ
Ольга ГОЛОДЕЦ:

Сегодня мы с удовольствием принимаем ту квалифицированную помощь, которая оказывается частными клиниками.

Стр. 4-5



Авторитетные российские
эксперты-фтизиатры
озадачены:

Почему же критики нового приказа Минздрава промолчали, когда можно было вносить любые коррективы? Почему лишь теперь, по принятии решения, разгорелась дискуссия?

Стр. 6-7

Виктор БАРАНОВ,
академик РАН:

В новых экономических условиях... повышение эффективности расходов — приоритетная задача, в том числе и при планировании деятельности в космической медицине.

Стр. 12



Акценты

Обеспеченность врачами определяют регионы

Пресс-секретарь Минздрава России Олег Салагай прокомментировал информацию, появившуюся в СМИ, об установлении министерством показателей обеспеченности медицинскими работниками в регионах, на основании которой якобы осуществляется сокращение в отрасли.

— Чтобы выполнить задачи, поставленные Президентом РФ в сфере здравоохранения, правительством в 2012 г. была утверждена «дорожная карта» по направлению «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения» (распоряжение Правительства РФ № 2599-р от 28.12.2012). Следуя этому документу, регионами при методологическом руководстве Минздрава России должны быть достигнуты определённые показатели по здоровью населения, а также оптимальному функционированию системы здравоохранения. Ключевыми показателями «дорожной карты» являются ожидаемая продолжительность жизни, смертность от основных причин, показатели работы койки, уровень оплаты труда медицинских работников. Для контроля за исполнением субъектами РФ указанной «дорожной карты» между каждым регионом и Министерством здравоохранения России заключается соглашение.

Следует особо отметить,

что обеспеченности медработниками на 10 тыс. населения среди указанных целевых показателей нет. Иными словами, регион вправе самостоятельно на основании действующих положений Трудового кодекса РФ определять оптимальную численность медицинских работников, которая позволила бы с учётом объективной ситуации достичь требуемых показателей по здоровью населения и функционированию системы здравоохранения. Такой подход позволяет региональным властям более точно определять необходимый кадровый состав учреждений здравоохранения с учётом заболеваемости населения, загруженности учреждений, иных показателей, отражающих местную специфику.

При этом министерством при утверждении порядков оказания медицинской помощи по профилям устанавливаются рекомендуемые штатные нормативы для профильных медицинских организаций и их структурных подразделений, которые служат для региона методологическим ориентиром.

Необходимо также отметить, что указанные соглашения между министерством и регионами регулярно корректируются с учётом динамики достижения целевых показателей.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.

МИА Сити!

Москва.

Новости

Поможем ветеранам
Великой Отечественной!

День открытых дверей для ветеранов Великой Отечественной войны, трудового фронта, жителей блокадного Ленинграда провели в консультативно-диагностическом центре (КДЦ) в Южно-Сахалинске. Акция приурочена к 70-летию со дня Победы.

День открытых дверей КДЦ проводит совместно с Сахалинским базовым медицинским колледжем и центром медпрофилактики. Выпускники учебного заведения оказывают непосредственную помощь в обслуживании ветеранов.

Специально к Дню открытых дверей в медколледже пошили парадную форму, а на грудь всем помощникам акции прикрепили георгиевские ленточки.

Главный врач КДЦ Олег Саяпин заметил, что подобные акции проходят примерно 2 раза в год. «Полное диагностическое обследование у нас организовано для ветеранов всей Сахалинской области. Мы попытаемся помочь всем обратившимся к нам для того, чтобы они могли продолжить лечение», – подчеркнул он.

Николай РУДКОВСКИЙ.

Южно-Сахалинск.

Врачам, не вернувшимся из боя...

Учащиеся Брянского медицинского колледжа им. Н.М.Амосова решили обратиться в администрацию Брянска с предложением увековечить на специальной стеле имена медицинских работников, которые пали на фронтах Великой Отечественной войны.

На территории Брянской областной больницы № 1 около 30 лет назад был установлен памятник не вернувшимся с войны врачам и медицинским сёстрам. Его главным элементом стали два взметнувшихся ввысь хирургических скальпеля, а надпись на обелиске гласит: «Медицинским работникам Брянщины, погибшим за независимость нашей Родины в годы Отечественной войны 1941-1945 годов».

По воспоминаниям родственников и архивным свидетельствам учащимся колледжа уже удалось установить немало неизвестных доселе сведений. Так, бывшая заведующая участковой больницей в посёлке Малый Вышков Анна Аржанова активно помогала в годы оккупации партизанам, переправляла им через связных разведывательную информацию. А работавшая перед войной в Трубчевске Мария Угорова стала партизанским хирургом, оперируя раненых даже ночью при свете лучины... Удалось собрать также новые сведения об уроженце города Дятково Герое Социалистического Труда хирурге Сергее Онохине и других.

Василий ШПАЧКОВ.

Брянск.

Более 9 тысяч южноуральцев
стали донорами

На Челябинской областной станции переливания крови с начала года 9147 доноров пополнили резервный запас крови на 4533 л. Общее количество донаций превысило 9,4 тыс.

– В ходе проведения плановой работы по привлечению доноров, проживающих в городах и районах области, с начала года головным предприятием и его филиалами было организовано 50 выездов, – говорит главный трансфузиолог областного Минздрава, главный врач Челябинской областной станции переливания крови Галина Рудакова.

Южноуральцы активно принимали участие в донорских акциях. Так, в рамках года борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями состоялась информационно-профилактическая акция «Женское сердце». Жители города смогли не только проверить своё здоровье для предотвращения развития заболеваний сердца и почек, узнать об их профилактике, но и стать донорами. В этот день 71 житель областного центра пополнил банк крови на 31,4 л.

Мария ХВОРОСТОВА.

Челябинск.

Эпидемия пошла на убыль?

Накануне Всемирного дня борьбы с туберкулёзом стали известны основные показатели по данной инфекции в регионах Сибирского федерального округа. Эпидемиологическая ситуация внушает оптимизм: впервые за последние 20 лет показатель заболеваемости стал ниже порога эпидемии.

Важно, что улучшение эпидситуации произошло по всем основным индикаторам – заболеваемости, распространённости и смертности. Так, общая заболеваемость туберкулёзом в СФО в 2014 г. составила 98,7 случая на 100 тыс. жителей (в 2013 г. этот показатель достигал 105, в 2012 г. – 110). Вновь заболели 19 тыс. сибиряков, это на 1135 человек меньше, чем год назад.

Показатель смертности от туберкулёза в 2014 г. составил 18 на 100 тыс. населения, это на 13% меньше, чем ещё год назад. Причём снижение смертности от данной инфекции произошло во всех 12 субъектах СФО.

Самый высокий уровень заболеваемости туберкулёзом взрослого населения сохраняется в Республике Тыва, Иркутской и Кемеровской областях. Наименьшая заболеваемость в Томской области (61 на 100 тыс. жителей), Республике Хакасия (62) и Забайкальском крае (68,5).

В то же время достигнутый прогресс в противодействии туберкулёзной инфекции не может считаться поводом для самоуспокоения, коль скоро продолжают заболевать дети. Кемеровская, Иркутская и Томская область лидируют в этом плане, а в целом по итогам 2014 г. в регионах Сибири впервые заболели туберкулёзом 907 детей и 256 подростков, 7 погибли.

Елена ЮРИНА.

Новосибирск.

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

Профилактика

Оздоровительных
лагерей всё меньше

Потому что отсутствует единая государственная политика
в системе отдыха детей



В кризисной ситуации, когда многие регионы испытывают экономические трудности и ощущают недостаток бюджетных средств, численность детских оздоровительных лагерей сокращается. Это отмечалось на парламентских слушаниях в Госдуме РФ «Правовые основы и тенденции развития системы отдыха и оздоровления детей».

Как сообщила, открывая слушания, первый заместитель председателя Комитета по вопросам семьи, женщин и детей Ольга Борзова, численность детей, отдохнувших в загородных лагерях в 2014 г., сократилась за год с 42 до 26%.

Между тем в федеральном бюджете на 2015 г., по словам О.Борзовой, средства на детский отдых вообще не предусмотрены, что негативно скажется на факторах оздоровления детей, находящихся в трудной жизненной ситуации.

В числе других проблем депутат указала на отсутствие единой государственной политики и централизованного подхода к развитию детского отдыха и оздоровления. По её мнению, эта сфера должна регулироваться специальным федеральным законом.

Первый заместитель министра труда и социальной защиты Сергей Вельямкин признал, что по сравнению с 2013 г. наблюдается сокращение количества детских оздоровительных лагерей. В основном это связано с уменьшением числа лагерей дневного пребывания. В 2014 г. из 2752 загородных орга-

Если депутатам интересно будущее страны, им надо сегодня принимать решительные меры по активному оздоровлению детей

низаций 330 лагерей детей на отдых не принимали. Основные причины – несоответствие материально-технического и санитарного состояния установленным требованиям.

Тем не менее на оздоровительную кампанию – 2014 регионы потратили более 67 млрд руб. Для организации детского отдыха в Крыму и Севастополе из федерального бюджета было выделено 1,8 млрд руб.

Главной проблемой летней кампании 2015 г. заместитель министра назвал финансирование: в консолидированных бюджетах регионов и муниципалитетов на эти цели предусмотрено 42,4 млрд руб. С.Вельямкин сообщил также о планах по разработке проекта закона, в котором будут закреплены полномочия органов власти по организации отдыха и оздоровления детей, определён координирующий федеральный орган, установлены единые подходы к предоставлению услуг по организации отдыха.

Председатель Комитета по вопросам семьи, женщин и детей Елена Мизулина предложила создать рабочую группу в этой палате Федерального собрания Совет Федерации и не откладывая приступить к работе над законопроектом.

Закон должен определить, будет ли организация отдыха полностью региональным полномочием или часть забот должен взять на себя федеральный центр, считает пред-

седатель Комитета по труду, социальной политике и делам ветеранов Ольга Баталина. Она напомнила, что с 2015 г. субъекты Федерации должны не только содержать оздоровительные лагеря, но и выделять средства на приобретение путёвок льготным категориям детей. «Ни первое, ни второе регионам в полном объёме не по силам», – констатировала депутат.

Кроме того, по её словам, в законе следует раскрыть понятие оздоровительного отдыха. «Нужно ли относить к системе отдыха и оздоровления дневные лагеря? Ведь у многих школ, в которых организуются такие лагеря, кроме небольшой асфальтовой площадки больше ничего нет. И не надо себя обманывать. Это скорее дополнительное образование, внеурочная занятость, но не оздоровление», – сказала О.Баталина.

Заведующий лабораторией Научного центра здоровья детей Пётр Храмцов акцентировал внимание участников слушаний на проблемах эффективности детского отдыха и оздоровления, которая во многом связана с физической активностью. «Дети не знают подвижных игр, но зато активно играют в компьютерные. Отсюда масса негативных последствий», – констатировал он.

Иван ВЕТЛУГИН.

МИА Cito!

Москва.

Конкурсы

Лучший преподаватель в Сибири

Финальный этап Всероссийского конкурса «Преподаватель года» среди медицинских и фармацевтических образовательных заведений Сибирского федерального округа прошёл в Омске.

В областной центр на Иртыше приехали преподаватели медицинских училищ и колледжей, признанные лучшими в своих профессиях в отборочных турах, проведенных во всех сибирских регионах.

Финалисты окружного тура поделились «секретами» методик преподавания, которые они применяют в учебном процессе, продемонстрировали видео проводимых ими для коллег мастер-классов.

Жюри было нелегко определить победителя. Все педагоги-конкурсанты удостаивались высоких оценок, но в итоге при почти равном количестве баллов 2-е место было отдано Наталье Нефедьевой (Читинский медицинский колледж), 3-е заслужила Марина Николаева (Анжеро-Судженский

филиал Кемеровского областного медицинского колледжа), а первое жюри присудило Ларисе Уледеркиной (медицинский колледж Омской области). Лариса Сергеевна и поедет от Сибири в Москву на Всероссийский конкурс «Преподаватель года средних медицинских и фармацевтических образовательных учреждений Российской Федерации».

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

В центре внимания

Как выжить без потерь на дороге?

Президент РФ Владимир Путин подписал перечень поручений по вопросам обеспечения безопасности дорожного движения, в том числе его медицинского обеспечения.

Правительству РФ поручено завершить к 15 июня 2015 г. формирование нормативной правовой базы, предусмотренной Федеральным законом «О безопасности дорожного движения», регламентирующей вопросы медицинского обеспечения его безопасности.

Для снижения тяжести последствий дорожно-транспортных происшествий (ДТП) к этому же сроку кабинет министров должен обеспечить разработку дополнительных мер по оказанию своевременной помощи пострадавшим на месте аварии и их эвакуации в лечебные учреждения.

К 15 января 2016 г. правительство должно завершить создание на территории Российской Федерации единой информационной базы (реестра), содержащей сведения о гражданах, у которых выявлены медицинские противопоказания или ограничения к управлению транспортным средством.

Федеральный закон «О безопасности дорожного движения» вступил в силу ещё в 2013 г., однако сами перечни заболеваний, ограничивающие право на вождение, до настоящего времени официально закреплены не были. В связи с этим в судах нередко рассматривались дела о лишении водительских прав с помощью ведомственных нормативных актов и приказов Минздрава России.

Утверждённый правительством перечень включает 10 заболеваний, являющихся полными противопоказаниями к управлению транспортным средством. Восемь из них – заболевания нервной системы: шизофрения, органические психические расстройства, стрессовые неврозы, возрастные расстройства личности, умственная отсталость, последствия от употребления психоактивных веществ и эпилепсия. Остальные два касаются заболеваний зрения: ахроматопсии (цветовая слепота) и слепота.

В России ежегодно происходит до 200 тыс. автомобильных аварий, а своевременную и полноценную медицинскую помощь при них получают всего 15% пострадавших. Если бы

помощь приходила вовремя и была качественной, то от 50 до 70% погибших на дорогах можно было бы спасти, утверждают эксперты.

По мнению экспертов, России нужна санитарная вертолётная авиация, которая сможет приблизить медпомощь к пострадавшим, а значит, и снизить смертности на дорогах. Важнейшими направлениями являются также образовательные программы, в том числе для детей. «Людей нужно воспитывать, формируя культуру поведения на дороге», – убеждён президент Национальной медицинской палаты профессор Леонид Рошаль.

Нет медицинских кафедр и в российских школах милиции, сотрудники МВД проходят лишь 20-часовой курс первоначальной подготовки и 20-часовой курс переподготовки. О навыках водителей по оказанию первой медицинской помощи и говорить не приходится – единого стандарта их подготовки нет.

А ведь, по статистике, оказание первой медицинской помощи спасает жизни до 20% пострадавших в ДТП.

Константин ЩЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

Москва.

100 строк на размышление

Ох уж эти философы!

В «МГ» № 18 от 13.03.2015 я писал о непростой ситуации в московском онкодиспансере № 1 («Доживём до понедельника?»). Но дело оказалось намного солиднее. Врачи нескольких поликлиник Москвы на днях планировали начать «итальянскую забастовку» с требованиями сокращения нагрузки и отмены неоплачиваемой сверхурочной работы, сообщает информагентство Би-би-си.

«...В акции принимают участие 20 человек. Два человека хотели бы принимать участие, но они находятся в отпуске и им администрация отказывает в выходе на работу. Ещё 22 человека готовы присоединиться к забастовке через неделю», – сообщил оргсекретарь межрегионального профсоюза работников здравоохранения «Действие» Андрей Коновал. По его словам, медики, в частности, хотят добиться чёткого определения структуры рабочего времени и увеличения норматива времени на обслуживание пациентов на дому.

Поскольку я среди забастовщиков не встретил персонал онкодиспансера № 1, цифры Андрея Коновала считаю неполными.

Как пояснила одна из координаторов акции Анна Землянухина, сейчас доктора работают строго по инструкции и отказываются от дополнительной нагрузки. В этом и заключается суть «итальянской забастовки».

«Мы писали руководству докладные записки и сообщали, что мы будем работать чётко по инструкции, то есть соблюдать все законы в области здравоохранения, соблюдать свой график работы и не принимать пациентов больше, чем положено по электронной очереди», – сказала она. А глава Департамента здравоохранения Москвы Алексей Хрипун заявил, что работа столичных медицинских учреждений идёт в штатном режиме.

«Никакой забастовки, ни итальянской, ни испанской в поликлиниках Москвы нет. Работа по оказанию медицинской помощи пациентам идёт в плановом режиме. Но если вдруг где-то локально какой-то врач откажется от

выполнения своих должностных обязанностей, всегда найдётся дежурный терапевт, который продолжит приём. В любом случае, пациенты не пострадают», – заявил А.Хрипун.

Председатель Профсоюза работников здравоохранения Москвы Сергей Ремизов считает, что забастовка не нашла поддержки медиков, поскольку была навязана им «одиозными политическими силами». Какими именно, Ремизов не пояснил. По его словам, забастовку организовали далёкие от сферы здравоохранения люди.

«Это люди, которые не имеют никакого отношения к медицинскому сообществу: философы, историки. Те несколько медиков, которые примкнули к ним, потом поняли, что они заблуждались. Поняли, что информация до них доносила некорректно», – заявил глава официального профсоюза Москвы.

Юрий БЛИЕВ,
обозреватель «МГ»,
отличник здравоохранения РСФСР.

Москва.

Дословно

Не допустить роста платных услуг

Руководитель Департамента здравоохранения Москвы Алексей Хрипун пообещал не оставлять без внимания факты подмены бесплатной медицинской помощи на платную.

«Если нам станет известно о фактах оказания платных медицинских услуг в тех случаях, когда они должны быть бесплатными, мы будем увольнять

таких главных врачей», – заявил А.Хрипун.

Он отметил, что в консолидированном бюджете каждой поликлиники в 2014 г. объём

предоставляемых платных услуг составлял в среднем 3%, в этом году он увеличился в среднем на 1,8%.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.

МИА Сити!

Москва.

Перспективы

Новая семейная практика

В Костроме планируется открыть первый центр семейной практики на основе государственно-частного партнёрства. Такое соглашение региональная администрация уже подписала с инвестором.

«Реализация проекта, прежде всего, направлена на улучшение качества обслуживания застрахованных граждан, костромичей. Главное – максимально приблизить медицинскую помощь к пациентам. А в рамках государственно-частного партнёрства нам удастся это организовать в короткие сроки. Система центров будет полностью встроена в поликлиническую

систему города», – подчеркнул губернатор Костромской области Сергей Ситников.

Проектированием, ремонтом и оснащением центра, а также поиском и набором персонала займётся инвестор. Поскольку в нём будут работать специалисты различного профиля, привлекать их планируется, в том числе, и из других регионов Центрального федерального округа. А оплатит лечение территориальный фонд ОМС.

Павел АЛЕКСЕЕВ.

МИА Сити!

Кострома.

Учёба

Уроки для травматологов

В Сургутской клинической травматологической больнице прошла научно-практическая конференция травматологов-ортопедов «Эндопротезирование суставов – жизнь в движении».

В ней приняли участие ведущие травматологи-ортопеды из Сургута, Нягани и Ханты-Мансийска.

Врачи обменялись опытом работы, а также узнали о современных аспектах профилактики и лечения осложнений в ортопедической практике из уст доцента кафедры травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова Сергея Копёнкина (Москва).

О том, какие современные разработки есть в данном вопросе у сотрудников Сургутской клинической травматологической больницы, рассказал руководитель Центра

артроскопии и эндопротезирования крупных суставов Анатолий Вишняков.

– Двадцать лет назад в травматологической больнице Сургута преимущественно выполнялись операции по эндопротезированию тазобедренного сустава. Но уже тогда было очевидно, что этого недостаточно: люди обращались с заболеваниями и травмами различных суставов – плечевых, локтевых, коленных, суставов стопы или кисти, – сказал он. – При поддержке Департамента здравоохранения Югры клиника сделала большой рывок в этом направлении. Был создан банк протезов, обучены специалисты, приобретено современное оборудование. Всё это позволило выполнять весь спектр высокотехнологичных операций.

Алёна ЖУКОВА,
спец. корр. «МГ».

Сургут.

Санитарная зона

Грипп сдаётся!



Как сообщает Роспотребнадзор, в регионах России явно отмечается снижение заболеваемости гриппом и ОРВИ.

Тем не менее превышение эпидпорога заболеваемости этими недугами было зарегистрировано в 27 субъектах РФ. Среди крупных городов в «лидерах» – Белгород, Владимир, Орёл, Рязань, Сыктывкар, Новгород,

Уфа, Саранск, Ижевск, Чебоксары, Пенза.

В отношении взрослого населения показатель превышен в 19 субъектах РФ. Среди детей в возрасте 0-2 года – в 11 субъектах; 3-6 лет – в 19, 7-14 лет – в 31 субъекте Федерации.

Алексей МАРИНИН.

МИА Сити!

Москва.

Частная медицина наращивает удельный вес как в системе ОМС, так и в здравоохранении в целом. Более 50% пациентов вынуждены платить за лечение в больнице – такие данные приводятся в 17-м докладе о человеческом развитии в Российской Федерации, подготовленном Аналитическим центром при Правительстве РФ по заказу Программы развития ООН.

Из своего кошелька...

По мнению экспертов, участвовавших в подготовке доклада, доля платных медицинских услуг в России неуклонно растёт. Помимо того, что более половины пациентов платят за лечение в стационарах, 30% рассчитываются из своего кошелька за амбулаторно-поликлиническую помощь, 65% – за стоматологические услуги. «Платность медицинских услуг нарастает, причём в хаотичной и неконтролируемой форме, когда неожиданно и непрозрачно вводится плата за услуги, которые формально должны предоставляться бесплатно, а пациенты лишены защиты в сфере платных услуг и неформальных платежей», – констатирует доклад.

Даже заместитель мэра столицы по вопросам социального развития Леонид Печатников признаёт: в Москве идёт легализация платных медицинских услуг в бюджетных учреждениях. «Что касается роста платных услуг, то, на мой взгляд, речь идёт скорее о их легализации», – сказал он. – Поскольку Федеральный закон № 83 даёт бюджетным учреждениям право предоставлять платные услуги за пределами государственной программы госгарантий, то эти учреждения поставили кассы, и те деньги, которые раньше – для вас это не секрет – платились просто в карманы медиков, сегодня начали поступать в кассу и стали абсолютно законным доходом бюджетных учреждений. И ничего страшного, я думаю, в этом нет, а скорее наоборот. Москвичи получили возможность за дополнительную плату лежать в более комфортных условиях, сделать исследования и не ждать очереди», – полагает вице-мэр. Он затруднился сказать, будет ли в столице больше платных услуг. «Если речь идёт о платных услугах в бюджетных учреждениях, то думаю, что они окончательно легализуются и стабилизируются», – ответил Л.Печатников.

Ранее аудитор Счётной палаты Александр Филипенко сообщил, что в 2014 г. объём платных медицинских услуг в России вырос более чем на 20%. По его словам, это свидетельствует о замещении бесплатной медицинской помощи платной. Рассказав о многочисленных нарушениях в системе здравоохранения, представитель Счётной палаты связал проблемы с реализацией программы госгарантий и базовой программы обязательного медицинского страхования. «В связи с тем, что эти программы по сути были рассчитаны, исходя из фактических затрат медорганизаций, а не на основе стандартов, как того требует законодательство, объективно рассчитать требуемый объём финансовых ресурсов не представляется возможным. В итоге в 2014 г. 59 регионов утвердили свои программы с дефицитом средств бюджета на 102 млрд руб., дефицит средств ОМС по 59 территориальным программам составил более 55 млрд руб. Ещё больший дефицит программы госгарантий мы прогнозируем в течение 2015 г.», – заявил А.Филипенко.

Тенденции

Дороже здоровья только лечение

Идёт активная легализация платной медпомощи



Бизнес на здоровье будет расти

На этом фоне и растут платные медицинские услуги. Напомнив, что с прошлого года всё планирование в отрасли и расходование средств осуществляется в соответствии с госпрограммой «Развитие здравоохранения», А.Филипенко подчеркнул, что изменения и замечания Счётной палаты в эту программу до сих пор не внесены, не учтены. «В результате финансовое обеспечение госпрограммы не соответствует параметрам федерального бюджета за 2014 г. почти на 3 млрд руб., а за 2015 г. – на 11 млрд руб.», – констатировал представитель СП.

В то же время, согласно данным официальной статистики, цены на платные медицинские услуги выросли с начала года примерно на 8,1%. Однако, по словам самих участников рынка, из-за подорожания зарубежных расходных материалов их расценки в среднем увеличились на 15-20% и до конца года могут повыситься ещё на 20-30%, а в отдельных сегментах – на 50%. Согласно макроэкономическому прогнозу Минэкономразвития на 2015 г., реальные доходы россиян сократятся на 9%. Ожидается и падение спроса на услуги в разных сферах, в том числе медицинской. Медицина в этом прогнозе оказалась в числе отраслей, которые неблагоприятная экономическая ситуация затронет больше всего. Спрос на платные медицинские услуги в 2015 г. упадёт на 7,8%.

ОМС продолжает привлекать частных

Несмотря на это, заместитель председателя Правительства

РФ Ольга Голодец ожидает увеличения доли частных клиник в системе ОМС. Говоря об этой тенденции во время рабочей поездки в Новосибирск, вице-премьер сообщила, сейчас в ОМС частные клиники уже выполняют 16,5% объёма услуг. «Сегодня мы с удовольствием принимаем ту квалифицированную помощь, которая оказывается частными клиниками», – отметила О.Голодец.

На начало 2014 г., по данным Росстата, в России работало более 1700 коммерческих больничных учреждений широкого профиля и специализированных. Половина из них сконцентрирована в Центральном и Приволжском федеральных округах, причём на долю ЦФО приходилось 32%. Меньше всего коммерческих учреждений зарегистрировано на Дальнем Востоке (4%) и Северном Кавказе (5%).

Высокая доля ЦФО обеспечивается в первую очередь столицей, где рынок платных медицинских услуг наиболее развит. Власти её, кстати, потропились выставить в этом году на торги под частные клиники 12 помещений в 6 округах столицы. По льготной ставке, разумеется. Программа так и называется: «Рубль за квадратный метр». Срок аренды – 20 лет. Все 12 помещений расположены на первых этажах жилых домов. Площадь объектов – от 154 до 289 м². Начальная цена годовой аренды помещений – от 1,2 до 3,1 млн руб. Общая начальная цена всех лотов составляет 24,5 млн.

Агентство стратегических инициатив разработало проект «до-

рожной карты» для развития частной медицины, предполагающий, в том числе, передачу в концессию тех объектов здравоохранения, которые не нужны государству. Глава общественного объединения предпринимателей «ОПОРА России» Александр Калинин сообщил, что предусматривается несколько пилотных запусков этого проекта в регионах страны, здесь их реализовать будет проще.

«Государственное здравоохранение не может качественно реагировать на спрос на медицинские услуги. И простой закачкой финансовых средств этот вопрос не решить», – убеждён президент «ОПОРЫ России». «Если убрать административные барьеры для прихода частного капитала в частную медицину, то будет взрывной рост», – подчеркнул А.Калинин, пояснив, что в данном случае речь идёт о городах-миллионерах.

Убрать конкурента!

Чтобы развивать конкуренцию на рынке медицинских услуг в 2015-2016 гг., Федеральная антимонопольная служба (ФАС) предлагает запретить платные медуслуги в госклиниках. В частности, ведомство выступает за то, чтобы разрешить оказание таких услуг в больницах и поликлиниках только по индивидуальным полисам ДМС, чтобы не ставить частные клиники в неравное положение. Предложения ведомства направлены в Минэкономразвития России.

«Государственные и муниципальные организации оказывают платные медуслуги, используя оборудование, расходные ма-

териалы, время и трудовые ресурсы, финансирование которых осуществляется в целях оказания гражданам бесплатной медицинской помощи, в то время как частные медицинские организации вынуждены покрывать все статьи расходов из одного источника финансирования», – отмечает ФАС. В итоге цена в госклинике становится ниже, так как в неё не включаются все вышеперечисленные затраты, а частная клиника должна учитывать все статьи расходов.

Кроме того, смешение платности и бесплатности приводит к устойчивому снижению доступности и качества медицинской помощи в бесплатной системе здравоохранения, а также к коррупции при оказании платных медицинских услуг в ЛПУ. Так, врачи осуществляют лечение за наличный расчёт, при этом потраченные материалы списываются на пациентов по программе госгарантий.

Вот ФАС и предлагает ввести запрет на оказание платных услуг в медучреждениях, получающих бюджетное финансирование, разрешив оказание платных услуг в госклиниках только по «частным страховкам» – индивидуальным полисам ДМС. Перечислив ещё ряд позиций, ведомство высказалось за введение ответственности главных врачей и медработников за незаконное оказание медицинских услуг за плату и несоблюдение предусмотренного законодательством требования к медицинским организациям об обязательном информировании граждан о возможности получения медицинской помощи в рамках государственной и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медпомощи.

А частная медицина между тем просит законодательно закрепить «сверхтарифы» ОМС, полагая, что граждане, отказавшиеся от услуг бесплатной медицины, смогут частично покрыть затраты на платное лечение при помощи страховых начислений. Для этого надо законодательно разрешить частным клиникам, которые вступили в ОМС, получать доплату с пациентов за лечение.

Пациенты вытесняются...

Не просчитанными считает тарифы на медицинскую помощь, особенно, на высокотехнологичные операции, и директор Фонда независимого мониторинга «Здоровье» член Центрального штаба Общероссийского национального фронта и Общественной палаты РФ Эдуард Гаврилов, заявивший об этом на II Форуме действии в Москве. Однако, по его мнению, это, напротив, ведёт к росту объёма платных медицинских услуг. «В конце 2013 г. Минздрав России внёс изменения в приказ по утверждению методики расчёта стоимости

тарифа, но расчёта до сих пор нет, и единственный механизм – стандарты медицинской помощи, которые бы помогли рассчитать тариф, отсутствуют», – сказал Э.Гаврилов, выступая на площадке «Социальная справедливость».

«Идёт вытеснение пациентов в платную медицину», – убеждён директор фонда. Он напомнил, что в тарифах на медпомощь сегодня заложены помимо лечебных процедур зарплата врачей, тарифы на ЖКХ для медучреждений. «Если говорить об оплате за услугу, то нужно понимать, сколько она стоит. А стоит она в ряде регионов крайне мало», – говорит Э.Гаврилов.

Фонд «Здоровье» проанализировал тарифные соглашения, размещённые на сайтах регионов. Например, в Твери УЗИ брюшной полости стоит 159 руб., УЗИ щитовидной железы – 98 руб., исследования гормонов – от 30 до 70 руб., ЭКГ – 64 руб.

«Сколько надо оказать мед.услуг, чтобы у медиков была достойная зарплата? Система тарифов непрозрачна, и врач не понимает, сколько он зарабатывает за оказанные услуги в системе ОМС. В то время когда, оказывая платные услуги, он понимает, сколько он зарабатывает. И винить медучреждения в том, что они оказывают такие мед.услуги в ущерб бесплатной мед.помощи, неправильно», – убеждён представитель ОНФ.

Он напомнил, что в первом полугодии 2014 г. государственное здравоохранение не досчиталось 14 тыс. врачей. Подавляющее большинство из них нашли работу в частных клиниках.

Доплатить за лечение по программе ОМС...

Обращение с просьбой законодательно закрепить «сверхтарифы» ОМС уже направлено, кстати, частниками министру здравоохранения РФ Веронике Скворцовой. Та часть населения, которая недовольна качеством медицинских услуг по ОМС и имеет финансовые возможности, ушла из этой системы на рынок платных медицинских услуг к частным и ведомственным медорганизациям, говорится в документе. Пациент оплачивает здесь лечение из собственных средств (наличными) или полисом ДМС, поскольку тарифы в частной системе здравоохранения отличаются от тарифов ОМС. Разница в тарифах обусловлена разными источниками финансирования государственных и частных (ведомственных) медицинских организаций. Однако в текущей редакции Закона об ОМС не предусматривается возможность добровольного участия пациента в оплате за лечение по программе ОМС, отмечается в обращении. Утверждённые тарифы в большинстве случаев не покрывают себестоимость медицинской услуги, а по Закону об ОМС у пациента сейчас нет права доплачивать сверх тарифа.

«Например, приём врача в частной клинике стоит 1 тыс. руб., а по тарифу ОМС – 300 руб. По закону пациенту запрещено доплачивать разницу в 700 руб., а у медцентра нет права принимать эти деньги, если они не вошли в программу ОМС», – рассказал один из авторов письма, председатель отраслевого отделения по медицинским услугам федерального межотраслевого совета «Деловой России» Алексей Серебряный. – Всего 2,5% от суммы госзаказа по ОМС выполняется в негосударственных клиниках».

«Наше предложение заключается в том, чтобы пациент при

желании мог доплатить, а частная клиника могла эти деньги принимать», – пояснил он. – Другими словами, чек за приём будет распределяться в два адреса: часть пойдёт в оплату территориального фонда медицинского страхования (то есть сумма за приём специалиста по установленному тарифу ОМС), а оставшиеся деньги – либо лично пациенту, либо в страховую компанию».

Платность медицинских услуг нарастает, причём в хаотичной и неконтролируемой форме, когда неожиданно и непрозрачно вводится плата за услуги, которые формально должны предоставляться бесплатно, – констатируют эксперты. Так, на модернизацию учреждений, подведомственных РАМН, Минздраву и Федеральному медико-биологическому агентству, из ФОМС было потрачено около 25 млрд руб. При этом доля платных больных в некоторых учреждениях этих ведомств достигает 85%, уточнили в Счётной палате РФ. Дороже здоровья, словом, только лечение...

Хотя, конечно, есть проблемы и у частных медицинских организаций. Как показало исследование «Индекс здравоохранения 2014», проведённое по заказу Комитета «ОПОРЫ России» по здравоохранению и Высшей школы экономики, основными из них являются высокие налоги (40%), административные барьеры (28%), а также большое количество плановых и внеплановых проверок (14%). Кроме того, данные мониторинга свидетельствуют о том, что для владельцев частных клиник по-прежнему осложнено участие в системе ОМС.

И всё же частники надеются, что реформа здравоохранения, предусматривающая закрытие части государственных больниц и сокращение врачей, поможет частному бизнесу. По мнению почётного директора ООО «Профессорская клиника Юцковских» доктора медицинских наук, профессора Александра Юцковского, этот бизнес на здоровье будет расти, расширяться, а уволенные врачи из государственных больниц смогут найти работу в частном секторе медицины. «Конечно, реформа неоднозначная, однако я считаю, что государство заняло верную позицию в целом. Оно просто не потянет тяжёлую ношу бюджетного здравоохранения. За рубежом и хосписы, и лечение детей-инвалидов – компетенция частных клиник. Но там государство предоставляет им много налоговых и иных льгот. Платная медицина действительно необходима, и её нужно у нас активно развивать. При этом над ней должен быть мощный, но адекватный контроль со стороны надзорных органов с обязательной независимой экспертизой качества оказанных мед.услуг», – говорит А.Юцковский.

У нас и сегодня «только исключительно сложные ситуации вынуждают граждан обращаться к услугам официальной медицины», полагает доктор медицинских наук, профессор Павел Воробьёв. По его словам, в настоящее время «к самолечению в той или иной форме прибегает большинство населения страны. Нынешняя реформа здравоохранения эту картину не только не улучшит, но значительно ухудшит».

На III Национальном конгрессе частных медицинских организаций, который пройдёт 2-3 апреля 2015 г. в Москве, все эти вопросы будут поставлены, как говорится ребром...

Константин ЩЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

Инициатива

Уставшие и абсолютно счастливые

Как разнообразно можно пропагандировать донорство крови

Команда известных московских врачей, которая участвовала в 10-й по счёту экспедиции «Трофи» по маршруту Мурманск – Владивосток, всего «на часок» заехала в Новосибирский центр крови пообщаться с сотрудниками и волонтерами. Но этого времени оказалось достаточно, чтобы полностью изменить представление о том, какой должна быть правильная кампания по пропаганде безвозмездного донорства.

В составе команды люди, которые не понаслышке знают, кому и для чего бывает необходима донорская кровь: врачи ГКБ № 15 – начмед, доктор медицинских наук, профессор Елена Павликова, ведущий ангиохирург кандидат медицинских наук Лев Клыков, кардиолог, заведующая объединённым блоком интенсивной терапии, доктор медицинских наук, профессор Анастасия Лебедева; кардиолог, заведующий кафедрой госпитальной терапии № 1 лечебного факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова, доктор медицинских наук, профессор Иван Гордеев; заместитель главного врача по травматологии ГКБ № 36, доктор медицинских наук, профессор Елена Литвина; микрохирург ГКБ № 71 Владимир Кондратьев; врач, директор Медико-гуманитарного института дополнительного образования Александр Терентьев.

Более неформальное и при этом более эффективное обсуждение этой темы с молодёжной аудиторией невозможно даже представить: опытные профессионалы предстали перед студентами новосибирских вузов не в белых халатах и профессорских мантиях, а в самой что ни на есть походной одежде, невероятно уставшие и при этом абсолютно счастливые. За 2 недели их внедорожники должны проехать в общей сложности более 15 тыс. километров, Новосибирск – медиана, половина гонки позади, а впереди ещё половина. И надо не только успеть к финишу первыми, но и провести ещё с десяток таких встреч с волонтерами службы крови.

– По условиям организаторов автопробега, каждая команда на протяжении маршрута должна



реализовать какой-либо социально значимый проект. Поскольку мы все врачи, решение пришло очень быстро: будем пропагандировать донорство крови. Разумеется, сами сдавать кровь в каждом городе мы не можем, но как люди, понимающие проблему изнутри, хотим информировать о донорстве тех, кто к медицине не имеет отношения. Уверены: многие молодые люди не становятся донорами не потому, что не хотят, а потому что просто не понимают, насколько это важно, – говорит Иван Гордеев. – Когда мы спрашиваем на улицах людей, что они знают о донорстве крови, понимаем, как много на этот счёт заблуждений. Одни уверены, что сдавать кровь опасно, можно инфицироваться. Другие считают, что кровь доноров требуется только при катастрофах и войнах, а не в мирное время. Встречаясь во всех федеральных округах с молодёжной аудиторией в университетах и школах, мы развенчиваем эти заблуждения.

Хирург-травматолог Елена Литвина признаётся: «К сожалению, каждый из нас знает на своём опыте, что это такое, когда нет донорской крови. Ты просто стоишь у операционного стола и ничего не можешь сделать. Ничего... Хотя как хирург ты предпринял все возможные усилия».

Как рассказывать о донорстве, чтобы от тебя не отмахнулись, а прислушались и задумались? По мнению Анастасии Лебедевой, социальная реклама донорства по телевидению «проходит мимо»

большинства зрителей: люди, как правило, не хотят думать о том, что их лично это может коснуться, таково нормальное свойство человеческой психики. А вот информация, которая пришла от того, кому ты доверяешь, обязательно дойдёт до сердца. Поэтому сегодня, считает профессор Лебедева, гораздо более убедительна пропаганда донорства либо в социальных сетях, где молодые люди общаются с близкими себе по духу, либо вот так – с глазу на глаз. Кстати, сами студенты-волонтеры, присутствовавшие на встрече, поддержали это мнение: разговор о донорстве с врачами, да ещё такими романтиками, оказался полезнее любой брошюры, какой бы красочной она ни была.

Дороги хватит на всех – девиз экспедиции «Трофи» звучит, как приглашение ко всему врачуемому сообществу. Не обязательно в буквальном смысле садиться в джипы и ехать сквозь часовые пояса по бездорожью, чтобы просвещать людей в вопросах донорства, можно делать это просто во время общения со своими друзьями, родственниками и соседями. Каждый человек, имеющий медицинское образование, априори может и должен быть волонтером службы крови, убеждены эти семеро смелых.

Елена БУШ,
собр. корр. «МГ».

Новосибирск.

Фото Юрия ЛУНЬКОВА.

Конкурсы

Приморцы пока впереди

Владивостокский клинко-диагностический центр стал победителем первого этапа Международного конкурса «Лучшие товары и услуги – ГЕММА» – 2014. Церемония награждения состоялась в Новосибирске в Большом зале правительства области.

Мероприятие собрало представителей сферы бизнеса практически со всех регионов страны, включая Крымский, Южный, Приволжский, Уральский, Сибирский и Дальневосточный федеральные округа. В течение года продукция и услуги этих предприятий проходили независимую экспертную оценку, по итогам которой были

определены обладатели золотых и серебряных медалей конкурса.

Владивостокский клинко-диагностический центр представил на суд экспертной комиссии услуги по реализации социальных программ в области пропаганды здорового образа жизни и оздоровления населения; реализации тренингов по предотвращению и конструктивному решению конфликтов для работников медицинских учреждений. Финалист из Приморья получил 62 балла из 65, что соответствует высшей награде отборочного этапа конкурса – золотой медали.

К слову, проект «Лучшие товары и услуги – ГЕММА» появился в 2002 г. и до сих пор успешно реа-

лизуется в 49 регионах России, а также в 64 странах мира. Основные задачи конкурса – поддержка и содействие бизнесу в вопросах развития, а также создание международных торгово-экономических отношений как с правительственными организациями, так и с коммерческими структурами.

Теперь, став обладателем золотой награды отборочного этапа проекта, Владивостокский клинко-диагностический центр представит Дальневосточный федеральный округ в финале конкурса.

Николай РУДКОВСКИЙ,
собр. корр. «МГ».

Владивосток.

Несмотря на снижение уровня заболеваемости и смертности от туберкулёза в России в последние годы, этот вопрос по-прежнему сохраняет свою остроту. Во-первых, отмечается рост случаев туберкулёза с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ) (устойчивость микобактерии туберкулёза как минимум к изониазиду и рифампицину) и с широкой лекарственной устойчивостью (ШЛУ) (когда возбудитель туберкулёза устойчив также ко всем фторхинолонам и как минимум к одному из трёх инъекционных лекарств второй линии (капреомицину, канамицину или амикацину). Во-вторых, чаще наблюдается туберкулёз, сочетанный с ВИЧ-инфекцией.

Здесь уместно вспомнить достижения советской фтизиатрии. Скоординированные, продуманные организационные меры позволили взять проблему под контроль и при достаточно ограниченных ресурсах сдерживать туберкулёзную инфекцию. Приходится только сожалеть, что нам до сих пор не по силам достичь показателей заболеваемости и смертности от туберкулёза полувековой давности.

Очевидно, что в текущей напряжённой эпидемиологической ситуации необходима разработка мер, которые позволят снизить бремя туберкулёза в стране, в том числе новых противотуберкулёзных препаратов для борьбы с МЛУ и ШЛУ. К сожалению, их появляется крайне мало, поскольку новый препарат требует длительных и дорогостоящих клинических испытаний (лечение одного больного с МЛУ занимает от полутора до 2 лет, а стоимость лечения составляет от 600 тыс. до 1,5 млн руб.), и сможет окупить себя лишь через 5-7 лет.

В конце 2013 г. появились клинические рекомендации по лечению туберкулёза, разработанные и утверждённые Российским обществом фтизиатров (РОФ). После их размещения на сайте Минздрава России и широкого обсуждения появился приказ № 951 от 29.12.2014 «Об утверждении методических рекомендаций по совершенствованию диагностики и лечения туберкулёза органов дыхания».

Принятие приказа было поддержано большинством фтизиатров. Однако до сих пор у него остаются оппоненты, изложившие свою точку зрения на страницах ряда медицинских изданий, включая «МГ» (см. № 18 от 13.03.2015). Предлагаем нашим читателям мнение других экспертов по поводу приказа № 951, а также о целесообразности и необходимости включения в методические рекомендации по лечению туберкулёза 2 новых препаратов.

Нужно вводить фармаконадзор

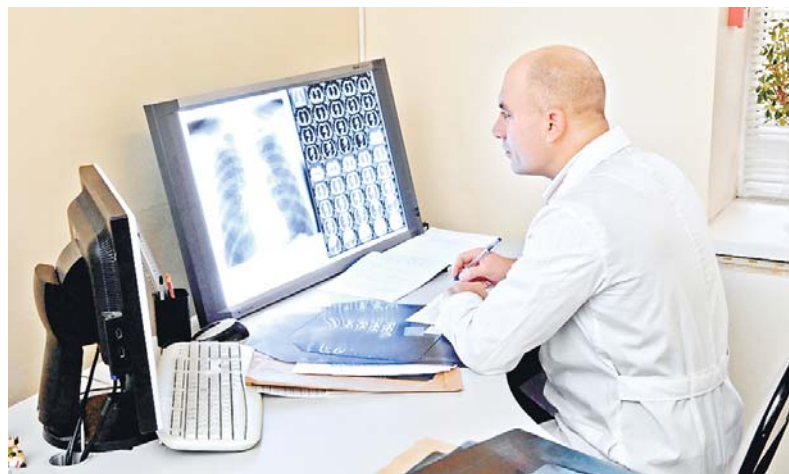
Андрей МАРЬЯНДЫШЕВ, заведующий кафедрой фтизиопульмонологии Северного государственного медицинского университета, главный фтизиатр Северо-Западного федерального округа, эксперт ВОЗ, член-корреспондент РАН:

– Издание разработанного в соответствии с распоряжением Правительства РФ приказа Минздрава России № 951 своевременно, актуально и продиктовано жизненной необходимостью. Причём в настоящее время приказы по утверждению рекомендаций профессиональных сообществ чрезвычайно важны для врачей всех специальностей. Аналогичные документы изданы в отношении лечения многих других заболеваний. Это понятно, ведь очень важно, чтобы доктор не нарушал стандарты диагностики и лечения, чтобы не было ошибок в ведении пациентов. Важно также, чтобы повсеместно, вне зависимости от регионов, где трудятся врачи,

Продолжаем разговор

Главное — не навредить!

Лечение туберкулёза должно быть эффективным и безопасным



они имели возможность провести качественную диагностику и назначить эффективное лечение. Вот почему, повторюсь, приказ просто жизненно необходим. Я поддерживаю его и надеюсь, что такая практика будет продолжена. Сегодня в руках у проверяющих организаций, Росздравнадзора есть современный приказ, который определяет тактику, стандарты диагностики и лечения больных туберкулёзом.



Предыдущий приказ (№ 109 от 21.03.2003 «О совершенствовании противотуберкулёзных мероприятий в Российской Федерации») давно устарел. С ним стало уже невозможно работать. Надеюсь, в ближайшее время он будет отменён.

Следующий момент касается новых лекарственных препаратов. Бесспорно, мы единодушно поддерживаем производство отечественных лекарств. Мы рады, что у российских компаний есть возможности и ресурсы для разработки современных инновационных молекул.

Но хочу вернуться к тому, что всё же здоровье человека – это чрезвычайно важная и самая большая его ценность. Поэтому мы должны весьма осторожно относиться к здоровью каждого пациента. Если мы назначаем лекарственные препараты, то должны быть уверены в их безопасности. В этой связи хочу напомнить слова из пьесы Мольера «Мнимый больной»: «Лекарства хороши только для людей здоровых и крепких, у которых хватает сил выдержать одновременно и болезнь и лекарство» (пер. с фр. Т.Щепкиной-Куперник).

Поэтому существуют специальные правила по внедрению нового препарата в клиническую практику. Определена международная практика по введению новых лекарственных препаратов в стандарты лечения.

Насколько целесообразно и необходимо включать препарат Перхлорон в методические рекомендации по лечению МЛУ-туберкулёза? Декан Департамента микробиологии Национального университета Сингапура Томас Дик по просьбе наших специалистов, разработавших препарат, провёл изучение его химической структуры и опубликовал работу, в которой указывает, что Перхлорон имеет полное соответствие другому хорошо известному зарубежному препарату.

ВОЗ ищет лекарственные препараты для разработки новых режимов химиотерапии, для внедрения этих новых лекарств в схемы лечения. Проблема лекарственной резистентности стоит перед всеми странами мира, в том числе нашей. Поэтому под эгидой ВОЗ существует Глобальный фонд развития лекарственных препаратов, который провёл метаанализ всех лекарственных препаратов 5-й группы (по классификации ВОЗ), к которой относится аналог Перхлорона. В обнародованных результатах клинических испытаний (КИ) указано, что, к сожалению, этот препарат имеет серьёзные нежелательные эффекты, особенно у азиатов и у ВИЧ-инфицированных больных. Поэтому сделано заключение, что это плохой кандидат для будущих КИ. Таково мнение ВОЗ.

То есть хотя препарат и существует на фармрынке, но использовать его рекомендуется в первую очередь для «сострадательной цели». Такие лекарства можно применять людям, которые имеют полную лекарственную резистентность.

Вот почему одно из главных условий применения этих лекарств – чтобы не нарушался рекомендованный ВОЗ стандарт лечения, не нарушалась приверженность назначения к режимам лечения МЛУ-туберкулёза.

В настоящее время проводятся КИ, которые разрабатывают новые режимы лечения с новыми лекарственными препаратами. Имеется целая линейка лекарств, разрабо-

танных Глобальным альянсом развития лекарственных препаратов.

Вне сомнения, вскоре появятся новые режимы химиотерапии. Но пока клинических данных недостаточно, ВОЗ не рекомендует нарушать принципы лечения больных как с МЛУ-туберкулёзом, так и с лекарственно-чувствительным туберкулёзом. К новым лекарствам нужно относиться очень осторожно!

Нужно вводить фармаконадзор, который, к сожалению, пока совсем не развит в нашей стране. На сайте Росздравнадзора есть электронная версия, куда врачи должны сообщать обо всех случаях нежелательных эффектов лекарственных препаратов. В России, в отличие от Запада, эта практика почти не развита. В европейских же странах каждый доктор для успешного прохождения лицензирования обязательно должен в течение 5 лет зарегистрировать 8 случаев нежелательных эффектов лекарственных препаратов.

Поэтому, например, недавно разработанный за рубежом и хорошо зарекомендовавший себя препарат с прекраснейшим бактерицидным действием был снят с производства. Причина – наличие нежелательных эффектов. Вот и у нас отношение к новым лекарственным средствам должно быть грамотным, соответствовать рекомендациям ВОЗ. На мой взгляд, этот процесс должен быть очень грамотно организован.

А жизненно необходимый приказ № 951, с моей точки зрения, обязательно послужит улучшению эпидемиологической ситуации и поможет спасти ещё больше жизней больных туберкулёзом.

Дефектный дизайн

Владимир КРАСНОВ, директор Новосибирского научно-исследовательского института туберкулёза Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор:

– Проблема лекарственной устойчивости возбудителей различных инфекций возникла давно. Во фтизиатрии эта проблема сейчас стоит наиболее остро. Создание новых противотуберкулёзных препаратов – это проблема не только научно-поискового потенциала, но и огромных финансовых вложений. Поэтому выход на рынок



нового препарата – это событие для фтизиатрического сообщества. Одним из недавно синтезированных отечественных средств является Перхлорон, который был зарегистрирован в 2013 г.

КИ Перхлорона проходили, в том числе, и на базе нашего института. Наш опыт показал достаточную эффективность препарата, но в то же время – частое развитие побочных реакций, а в трети случаев препарат пришлось отменить. Вообще, лечение МЛУ-туберкулёза требует одновременного приёма 6-7 противотуберкулёзных препаратов в высоких суточных дозировках, что ведёт к частому развитию побочных реакций (от 35 до 73%, по данным различных авторов). Важной частью исследования нового лекарства является поиск оптимальной дозировки по оси эффективность – переносимость, что и проводилось в отношении Перхлорона, и мы ждём публикации этих данных.

В то же время имеется один существенный недостаток в дизайне проведённого КИ – Перхлорон назначался только в течение 3 месяцев, тогда как так называемая интенсивная фаза лечения МЛУ-туберкулёза составляет не менее 6 месяцев, а общий курс лечения – не менее 18 месяцев. Это значит, что исследование должно продолжаться.

Нет беды с Бедаквилином

Борис КАЗЁННЫЙ, главный врач Орловского областного противотуберкулёзного диспансера:



– В Орловской области в 1999 г. стартовал пилотный проект Центрального НИИ туберкулёза и ВОЗ по борьбе с туберкулёзом (DOTS). Именно у нас в Орле, в Ивановской и Томской областях отработывались новые подходы к выявлению, диагностике и лечению туберкулёза, которые в последующем были включены в нормативные документы. Используя наш опыт, в 2003 г. Минздравом России был издан приказ № 109 «О совершенствовании противотуберкулёзных мероприятий в Российской Федерации». Основные положения этого приказа позволили снизить заболеваемость и смертность от туберкулёза соответственно до 59,5 и 10 случаев на 100 тыс. населения. Сейчас этот приказ себя полностью исчерпал, так как определились новые направления и приоритеты по дальнейшему совершенствованию противотуберкулёзных мероприятий (борьба с эпидемией туберкулёза с множественной лекарственной устойчивостью и борьба с сочетанной эпидемией туберкулёза и ВИЧ). Совершенствование системы лабораторной (этиологической) диагностики туберкулёза всегда было нашим приоритетом. Наш регион в числе первых внедрил современные методы экспресс-диагностики туберкулёза, которые позволяют в течение нескольких часов не только выявить возбудителя заболевания, но и установить его лекарственную устойчивость к основным противотуберкулёзным

препаратам. Таким образом, опыт организации противотуберкулёзных мероприятий в Орловской области учтён при разработке нового приказа Минздрава России. В этом приказе чётко регламентированы и новые методы диагностики, и режимы химиотерапии, отслеживание и купирование нежелательных побочных реакций и т.д. Этот документ мы поддерживаем, считаем его обоснованным и своевременным.

Наш диспансер принимал участие в КИ обоих препаратов. На основании полученных результатов сделать определённый вывод об эффективности Перхлорона не представляется возможным, поскольку, как уже отмечалось, по протоколу КИ пациенты с МЛУ-туберкулёзом получали препарат в интенсивной фазе лечения только в течение 3 месяцев, а остальные 3 месяца проводились 4-й режим химиотерапии. При этом при приёме Перхлорона отмечалось много тяжёлых побочных эффектов. По нашему мнению, говорить о возможности широкого использования препарата Перхлорон преждевременно. Согласен с мнением других экспертов, что нужно продолжить КИ, достичь консенсуса о целесообразности и методике использования данного препарата в широкой клинической практике, подготовить федеральные клинические рекомендации и протоколы по его применению, утверждённые контролирующими органами. Только таким образом может быть обеспечено эффективное и безопасное применение нового препарата.

С 2010 г. по настоящее время мы также участвуем в КИ нового противотуберкулёзного препарата ТМС207(Бедаквилин). Наш опыт свидетельствует о высокой эффективности данного препарата при лечении туберкулёза с МЛУ и ШЛУ. При этом не было отмечено серьёзных нежелательных явлений. Считаю, что включение Бедаквилина в схемы лечения туберкулёза с МЛУ или ШЛУ обосновано и необходимо, так как такие больные должны иметь шанс на выздоровление. Включение Бедаквилина в схемы лечения туберкулёза рекомендовано ВОЗ.

Безопасность выше патриотизма

Григорий ВОЛЧЕНКОВ, главный врач ГБУЗ Владимирской области «Центр специализированной фтизиопульмонологической помощи»:

– По моему мнению, издание приказа Минздрава России № 951, утвердившего методические рекомендации, которые вполне отражают современные подходы к диагностике и лечению туберкулёза органов дыхания,



продолжило хорошую традицию, когда подобные сугубо клинические документы (рекомендации, алгоритмы, протоколы) консенсусно разрабатывались и принимались профессиональными ассоциациями фтизиатров. Напомню, что в последние 2 года Российским обществом фтизиатров разработан и принят целый ряд таких клинических рекомендаций.

Как указано в Федеральном законе № 323 от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Минздрав определяет общую политику в области охраны здоровья, утверждает порядки и стандарты оказания помощи, а «медицинские профессиональные некоммерческие организации разрабатывают... и утверждают клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи».

В нашей области Перхлорон до настоящего времени не использовался: мы не считаем рациональным тратить ограниченные средства региональной программы борьбы с туберкулёзом на препарат, не включённый в отечественные и международные протоколы лечения. Поэтому клинического опыта применения этого препарата у нас нет.

Вместе с тем после изучения опубликованных материалов о проведённых исследованиях его безопасности и эффективности, у меня сложилось мнение, что на настоящий момент недостаточно доказательных данных, позволяющих рекомендовать его для широкой клинической практики. Я приветствую усилия отечественной фарминдустрии по разработке нового противотуберкулёзного препарата, однако безопасность наших пациентов нельзя ставить выше упрощённо понимаемого патриотизма.

Сквозь призму доказательной медицины

Сергей СМЕРДИН, директор НИИ фтизиопульмонологии Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, вице-президент Российского общества фтизиатров, профессор:

– Приказ МЗ РФ № 951 нужен, он работает. Должен отметить, что прежде чем он был издан, была проведена очень большая подготовительная работа. Мы понимаем, что нет догмы, накапливается опыт, жизнь требует внесения изменений и коррективов.

Вначале хотелось бы вернуться на несколько лет назад. Мы прекрасно помним, когда в лабораториях нашей страны проставлял большой парк оборудования, который не был обеспечен расходными материалами. Приобрести их за счёт своих средств мы не могли. И очень большим шагом вперёд стало то, что в 2013–2014 гг. у лабораторий появилась возможность за счёт трансфертов субъектам Федерации приобрести расходные материалы по всему перечню расходных материалов, который утвердил Минздрав как для проведения культуральной диагностики на жидких средах, так и для быстрых молекулярно-генетических методов идентификации и определения лекарственной чувствительности.

Хочу напомнить, что в декабре 2013 г. в Минздраве России прошло селекторное совещание, где были расставлены акценты для субъектов Федерации по оснащению лабораторий, внедрению быстрых методов диагностики. То есть готовился фундамент для адекватного назначения химиотерапии с первого дня лечения пациента.

И выход приказа № 951 – это логичное продолжение стратегии организации противотуберкулёзной службы. Пусть пока не всё гладко, пусть есть какие-то неточности, но главное – благодаря ему мы можем совершенствовать диагностику и лечение этого заболевания. Вызывают, например, споры режимы терапии, препараты третьего ряда и т.д.

По поводу препаратов третьего ряда могу сказать, что когда в прошлом году мы увидели протоколы

проведения третьей фазы КИ Перхлорона, то отказались в них участвовать. Наше предложение внести изменения в протокол, чтобы начать по нему работать, было отклонено. Но сейчас в нашем институте проводятся два КИ по этому препарату (III и IV фазы). И только набрав полный клинический материал и обработав его, мы сможем дать своё заключение о применении Перхлорона. Только тогда у нас будет собственное мнение, которое мы сможем тиражировать в рамках всей страны.



Что касается Бедаквилина, его изучение в стенах нашего института не проводилось. Но, надеюсь, что в 2015 г. мы проведём такую работу и будем иметь своё мнение в отношении эффективности и безопасности этого препарата. Если сослаться на опыт коллег по его применению и на результаты многоцентровых КИ, могу сказать, что этот новый отечественный препарат требует дальнейшего внедрения, но, я бы сказал, внедрения поэтапного. Нам предстоит осмыслить его, одобрить и внедрить, но сделать это сквозь призму доказательной медицины.

Мы, фтизиатры, прекрасно осознаём, что нуждаемся в новых эффективных противотуберкулёзных препаратах. Но процесс должен осуществляться чётко, доказательно и, самое главное, – с соблюдением главного врачебного принципа – «не навреди!»

Не потерять темпы в дискуссиях

Сергей СКОРНЯКОВ, директор Уральского НИИ фтизиопульмонологии, главный фтизиатр Уральского федерального округа, профессор:

– Считаю приказ Минздрава России № 951 прогрессивным, поскольку в нём обобщены многие инновационные подходы к диагностике, лечению и организации фтизиатрической службы. В его основе – разработанные Российским обществом фтизиатров клинические рекомендации. Я вижу в этом приказе в первую очередь вектор развития фтизиатрии в нашей стране. На 95% приказ бесспорный и правильный, и мы в горячих обсуждениях отдельных его положений почему-то об этом забываем. Как нередко отмечал академик РАМН М.Перельман, «любой приказ не может объять необъятного и устаревает с момента его утверждения». И этот приказ – не догма, не «Порядок оказания...» и не стандарт медицинской помощи, а документ, носящий рекомендательный характер, как, кстати, и пресловутый приказ № 109, также встреченный весьма неоднозначно в теперь уже далёком 2003 г. Существенное снижение распространённости туберкулёза в стране доказало правоту его авторов, однако стали очевидны и технологические пределы устаревшей ныне тактики. Стабильно низкая эффективность лечения и рост лекарственной устойчивости – главные аргументы за необходимость пере-

мен, обязательность применения методов быстрого определения лекарственной устойчивости и объективизации выбора режимов химиотерапии с использованием новых препаратов. В этой методологии, на наш взгляд, цель и основное содержание приказа № 951. Да, в масштабах нашей огромной страны это непростая и очень ответственная задача. Есть новое диагностическое оборудование, есть новые лекарства. И давно назревшая необходимость практической, шаг за шагом, реализации наших новых возможностей – там, где сегодня есть необходимые технологические и финансовые ресурсы. И понимание, что промедление с внедрением новых технологий диагностики и лечения туберкулёза ежедневно порождает новые случаи неэффективного лечения, развития туберкулёза с широкой лекарственной устойчивостью и в итоге смертей, которые можно было бы предотвратить.

К счастью, этих больных пока немного, им, пусть и не всем, можно помочь. И тем самым ограничить дальнейшее распространение суперустойчивых штаммов возбудителя. Как это сделать наилучшим образом, какие комбинации лекарственных препаратов использовать? Однозначного, научно обоснованного и доказательно подтверждённого многолетними клиническими наблюдениями ответа на этот вопрос в настоящее время, по-видимому, нет – слишком мал опыт и свежа проблема. Вокруг него и развернулась дискуссия, аргументы которой зачастую выходят за рамки доказательной медицины и, к сожалению, профессиональной этики. Авторами



«Рекомендаций...» и РОФ предложены схемы терапии ШЛУ-ТБ, близкие к рекомендациям экспертов ВОЗ и включающие, в частности, новый противотуберкулёзный препарат Бедаквилин. Располагаем ли мы сейчас не гипотетическими, а достоверно более надёжными данными относительно эффективности каких-либо альтернативных предлагаемым режимов химиотерапии ШЛУ-ТБ? Полагаю, что нет, тем более что речь идёт о последнем шансе спасения жизни пациентов, возможности традиционного лечения которых уже исчерпаны. Приказ № 951 даёт вполне определённые рекомендации по стандартизации химиотерапии больных ШЛУ-ТБ, и даёт объективную исчерпывающую оценку клинической и фармакоэкономической эффективности предложенного режима лечения возможно будет только по результатам его реализации. Иного пути нет.

В этом отношении примечателен наш опыт применения Перхлорона. Это интересный отечественный противотуберкулёзный препарат, очевидно эффективный в ряде сложных клинических ситуаций, но мы пока не готовы оценить его место в химиотерапии туберкулёза с МЛУ и ШЛУ. Проблема заключается в том, что эффективность и безопасность конкретной многокомпонентной

схемы химиотерапии вследствие сложности фармакологических взаимодействий препаратов с различными механизмами действия может существенно отличаться от аналогичных характеристик отдельных препаратов. Необходимо выяснить особенности взаимодействия нового ЛС с другими препаратами, спектр, частоту и меры профилактики побочных реакций, практически неизбежных для препаратов «последней линии обороны». В каких дозах, схемах и комбинациях его использовать? Мы позитивно оцениваем имеющийся опыт, готовы к его дальнейшим исследованиям, но должны быть максимально объективными, осознавая степень ответственности перед больными и обществом. Как только опыт постмаркетинговых клинических исследований Перхлорона будет обобщён, систематизирована оценка его эффективности и безопасности, можно будет решить вопрос о его месте в стандартизованных режимах химиотерапии. Для этого не нужны отдельные приказы – достаточно профессиональной оценки консолидированного фтизиатрического сообщества.

Подводя итоги

В любом важном деле перед принятием ответственного решения необходимо выслушать разные точки зрения. Почему же критики приказа промолчали, когда можно было в формате электронного обсуждения вносить любые коррективы? Почему лишь теперь, по принятию решения, разгорелась дискуссия? Как известно, приказы не обсуждаются, а выполняются. Конечно, приказ № 951 не может охватить все аспекты лечения туберкулёза. Например, в нём не рассматриваются вопросы хирургического и санаторно-курортного лечения. Значит, порядок их решения будет определён дополнительно.

Пока лишь один отечественный препарат (Бедаквилин) включён в рекомендации по лечению МЛУ- и ШЛУ-туберкулёза. Нет сомнений в том, что, как только Перхлорон пройдёт все необходимые КИ, как только появятся подтверждения его эффективности и безопасности, он будет рекомендован к широкому клиническому применению.

Снижение распространённости туберкулёза – вопрос национальной безопасности. Именно этими постулатами и следует руководствоваться, отбрасывая собственные амбиции. Необходимо пользоваться достижениями мировой медицины, поскольку туберкулёз не имеет ни политических, ни иных границ. В настоящее время ежегодно он уносит жизни около 1,6 млн человек по всему миру. Стоит напомнить, что на прошедшей в 2014 г. 67-й ассамблее ВОЗ были озвучены совершенно фантастические задачи: к 2035 г. на 90% уменьшить заболеваемость и на 95% – смертность от туберкулёза, а к 2050 г. добиться его ликвидации! Россия подписала эту резолюцию. Разумеется, достичь таких целей не просто, особенно при нынешнем состоянии отрасли. Но нельзя не принимать во внимание то, что медицинская наука в последние десятилетия бурно развивается. Вот и во фтизиатрии есть надежда на некий прорыв.

В заключение информируем наших читателей, что мы обратились с просьбой высказать свою точку зрения по поводу вспыхнувшей вокруг приказа № 951 дискуссии к главному фтизиатру Минздрава России профессору Ирине Васильевой. Читайте её интервью в одном из ближайших выпусков «МГ».

Александр МЕЩЕРСКИЙ,

Борис НИЖЕГОРОДЦЕВ.

КОНСПЕКТ ВРАЧА ВЫПУСК № 21 (1873)

Показатель профессиональной заболеваемости в Российской Федерации в 2009 г. составил 1,79 на 10 тыс. работающих (по объектам всех форм собственности), в 2008 и 2007 гг. – 1,51 и 1,59 соответственно. При этом за 5 лет (2005-2009 гг.) в РФ зарегистрировано 7885 новых случаев профессиональных заболеваний: 6269 (79,5%) у мужчин и 1616 (20,5%) у женщин. В том числе большую долю профессиональных заболеваний составляют заболевания почек и мочевыводящих путей, прежде всего токсико-химической этиологии.

Перечень заболеваний, которые в Российской Федерации могут быть признаны профессиональными, утверждён приказом Минздравсоцразвития России № 417н от 27.04.2012 «Об утверждении перечня профессиональных заболеваний». В него, наряду с другими группами заболеваний, включены профессиональные поражения почек и мочевыводящих путей, возникающие вследствие прямого контакта с профессиональными факторами (химическими веществами, физическими факторами – неблагоприятными профессиональными тепловыми и холодовыми воздействиями), обладающими нефротоксическим и/или канцерогенным действием на структуры почечной ткани (см. табл. 1).

При этом, как правило, профессиональные поражения почек и мочевыводящих путей являются одним из признаков (проявлений) острой (хронической) профессиональной интоксикации – токсическая нефропатия редко является ведущим синдромом интоксикации, обычно функциональные нарушения почек определяются на фоне развёрнутой клинической картины интоксикации. Лишь при интоксикации кадмием и бета-нафтолом мы можем говорить о ведущей роли поражения почек в клинике интоксикаций и о возможности диагностировать ранние формы интоксикации по показателям, отражающим функциональное состояние почек.

В случае признания заболевания профессиональным (экспертиза связи заболевания с профессией возможна только в региональных или федеральных центрах профпатологии, на кафедрах и в клиниках профессиональной патологии медицинских вузов, профильных НИИ системы Роспотребнадзора) региональные управления Роспотребнадзора проводят соответствующее расследование с выработкой практических рекомендаций для администрации предприятий по профилактике и снижению уровня профессиональной заболеваемости.

Врачам профпатологам, терапевтам, нефрологам, урологам, онкологам необходимо помнить, что при квалификации заболевания центром профпатологии в качестве профессионального для пострадавшего разрабатывается программа медицинской, социальной и профессиональной реабилитации (в том числе определяется степень утраты профессиональной трудоспособности с последующим возмещением выпадающего заработка из Фонда социального страхования, оплачиваются лекарственные средства, средства реабилитации, санаторно-курортное лечение и др.).

Этиологические факторы профессиональных поражений почек и мочевыводящих путей

Причинами профессиональных нефропатий могут быть производственные факторы как химической, так и физической природы. Так, профессиональные токсические нефропатии могут вызывать тяжёлые металлы и их соединения (ртуть, свинец, кадмий, литий, висмут, золото и др.), соединения мышьяка, органические растворители (четырёххлористый углерод, дихлорэтан, этиленгликоль и др.), различные ядохимикаты (ртутьорганические, хлор- и фосфорорганические соединения), бета-нафтол и др.

Из физических факторов к развитию профессиональных нефропатий приводят радиационное поражение, воздействие высоких и низких температур производственной среды, переохлаждение. Также среди профессиональных поражений почек и мочевыводящих путей значительное место занимают злокачественные новообразования мочевого пузыря (рак мочевого пузыря). К химическим веществам, обладающим доказанным **канцерогенным действием, относятся** ароматические аминсоединения

(бензидин, дианизидин, 2-нафтиламин), применяющиеся в производстве красителей.

Профессиональные интоксикации свинцом с развитием свинцовых нефропатий наблюдается у лиц, работающих при высокой температуре со сплавами или красителями, содержащими свинец (при выплавке свинца, производстве гальванических элементов, защитных экранов, используемых в лучевой диагностике, дробы, переработке вторичного сырья, обжиге керамических изделий и т.д.)

Также широко известны «вспышки» свинцового тубулоинтерстициального нефрита («квинслендский» эпидемический нефрит), обусловленные распространением сурика, содержащего избыточное количество свинца. В 1930-е годы в США в период «сухого закона» было отмечено увеличение частоты свинцовой нефропатии, связанной с подпольным изготовлением алкогольных напитков с использованием в качестве пере-

Профессиональные поражения почек и мочевыводящих путей

гонных аппаратов старых автомобильных радиаторов.

Кроме того, по-прежнему используется низкооктановый бензин, содержащий тетраэтилсвинец. Так, при обследовании работников автосервисов в Турции была установлена прямая корреляция между концентрацией свинца в крови и экскрецией одного из ранних маркёров повреждения почечных канальцев – N-ацетил-β-D-глюкаминидазы, рассматриваемой в настоящее время как надёжный ранний лабораторный признак многих тубулоинтерстициальных нефропатий (например, уратной).

Физиологические процессы канальцевого транспорта способствуют накоплению свинца в почках, особенно в эпителии проксимальных извитых канальцев с последующим повреждением канальцев. Это приводит к дистрофии клеток: митохондрии набухают, в ядрах появляются эозинофильные включения, богатые свинцом. Кроме дистрофии и атрофии эпителия канальцев, для свинцовой нефропатии характерны ишемическое повреждение клубочков, фиброз адвентиции почечных артериол и очаговое рубцевание коркового вещества (подтверждается данными пункционной биопсии).

В конечном счёте развивается сморщивание почек. Обычно повышена экскреция с мочой свинца, продуктов порфиринового обмена (5-аминолевулиновая кислота и копропорфирин) и уробилиногена. Также характерным признаком свинцовой нефропатии является гиперурикемия – результат усиленной канальцевой реабсорбции уратов, в дальнейшем возможно развитие острого подагрического артрита (который развивается примерно у половины больных свинцовой нефропатией и лишь в редких случаях – при хронической почечной недостаточности иной этиологии). Ещё одним признаком свинцовой нефропатии является развитие стойкой артериальной гипертензии.

При исследовании мочи может определяться протеинурия, цилиндрурия, эритроцитурия, также может определяться свинец в моче (более 0,6 мг/сут – признак свинцового отравления).

Кадмиевые нефропатии характеризуются преимущественным поражением канальцев и проявляются протеинурией с выделением **низкомолекулярных белков (бета-2-микроглобулинов)**, не реабсорбирующихся повреждёнными канальцами. В дальнейшем при поражении клубочкового аппарата возможно развитие медленно прогрессирующего анемического синдрома.

Кадмий содержится в мазуте и дизельном топливе (освобождается при его сжигании), его используют в качестве присадки к сплавам, при нанесении гальванических покрытий (кадмирование неблагородных металлов), для получения кадмиевых пигментов, нужных при производстве лаков, эмалей и керамики, в качестве стабилизаторов для пластмасс (например, поливинилхлорида), в электрических батареях, где с ним и возможен профессиональный контакт.

С поражением кадмием связана экологически обусловленная болезнь Итай-итай (впервые выявлена в реках долины Тойама, Япония, в 1946 г.). При изучении заболевания было установлено, что повышенное содержание в организме кадмия связано с поступлением на рисовые поля воды из реки, в которую кадмий попадал из вышерасположенного рудника; при этом содержание кадмия в рисе достигало 1 мг/г. В основе болезни Итай-Итай лежит специфическое поражение почек (кадмиевая нефропатия) – у пострадавших наблюдаются патологические изменения мочи, характер которых (умеренные протеинурия, глюкозурия) указывает на преимущественное вовлечение почечных канальцев. Кроме того, имеют место тяжёлые поражения скелета с частыми переломами костей, болями в мышцах и костях, деформации позвоночника.

Также в профессиональной патологии хорошо известны **нефропатии, вызываемые органическими и неорганическими соединениями ртути**. Воздействие ртути на рабочих возможно в следующих условиях: на ртутных рудниках и заводах, при производстве измерительных приборов (термометров, барометров, изометров и т.д.), рентгеновских трубок, кварцевых и электрических ламп, ртутных выпрямителей, ртутных насосов, при производстве гремучей ртути,

фармацевтических препаратов, при амальгамировании различных металлов.

Кроме того, соединения ртути применяются в противогрибковых и устойчивых к плесени красках, а также используются для борьбы с грибковым заражением семян, луковых чешуек и других растений.

Высокие концентрации ртути (ПДК ртути – 0,01 мг/м³) вызывают разнообразную патологию почек – острый некронефроз, реж нефротический синдром. Органические соединения ртути (гранозан) вызывают поражение сосудистого аппарата почек, в тяжёлых случаях, особенно при острых интоксикациях и приёме внутрь развивается очаговый экстра- и интракапиллярный гломерулонефрит с умеренным поражением канальцевого аппарата. Изучение функционального состояния почек при лёгкой и умеренно выраженной форме хронического отравления ртутью выявило изменения преимущественно тубулярного аппарата: наличие в моче белка, цилиндров, эритроцитов. Выявлены тенденции к снижению канальцевой реабсорбции при нормальной клубочковой фильтрации, некоторые нарушения депурационной способности почек. В редких случаях возможно развитие хронического гломерулонефрита.

Поражения органов мочеобразования и мочевыведения характерны для **профессиональной интоксикации бета-нафтолом**, который широко используется в химической промышленности для синтеза, разнообразных красителей, для получения различных марок неозона – эффективных антистарителей синтетического каучука; из бета-нафтола получают химические соединения, используемые в парфюмерной промышленности и сельском хозяйстве в качестве фунгицида.

Уже в первые годы работы с ним появляются жалобы дизурического характера, в анализах мочи выявляются микрогематурия и небольшая протеинурия. Специально проведённые исследования свидетельствуют о снижении эффективного почечного плазмотока, увеличении клубочковой фильтрации и повышении фильтрационной функции почек. Характер этих нарушений позволяет предположить преимущественное токсическое повреждение канальцевого отдела почек. Патоморфологически в эксперименте выявляются умеренно выраженные изменения канальцевого эпителия почек, несущие характер баллонной дистрофии. Урологическое обследование выявляет у этих больных признаки хронического цистита.

При хронической интоксикации бета-нафтолом наряду с поражением почек выявляются нарушения функционального состояния печени, нервной системы в виде нейроциркуляторной дистонии, астенического и неврастенического синдромов. Имеются признаки токсического действия на систему крови: тенденция к лейкопении, нейтропении, тромбоцитопении. В связи с раздражающим действием бета-нафтола возможно развитие дерматита, хронического конъюнктивита.

Также возможно развитие **токсических нефропатий при профессиональном контакте с хлор- и фосфорорганическими соединениями**. Данные изменения не являются ведущими в клинической картине, однако функциональные нарушения обнаруживаются достаточно часто и отражают скрыто протекающие нарушения ренальной гемодинамики, при специальном обследовании обнаруживаются снижения показателей клубочковой фильтрации, почечного плазмотока, повышение уровня мочевины в крови. При исследовании мочи отмечаются небольшая обратимая протеинурия, микрогематурия, в осадке определяются клетки почечного эпителия.

Поражение почек типа токсического нефроза с явлениями почечной недостаточности может быть результатом острых отравлений некоторыми хлорированными углеводородами (четырёххлористый углерод, дихлорэтан и др.). При ингаляционном отравлении (вдыхание паров) в зависимости от тяжести интоксикации могут развиваться полиурия, олигурия или даже анурия, признаки поражения почечной паренхимы и задержка азотистых шлаков в крови с повышением уровня остаточного азота). Более тяжёлое отравление с развитием тяжёлой почечной недостаточности с явлениями анурии и азотемии обычно развивается при приёме этих веществ внутрь.

Тяжёлые поражения почек наблюдаются при отравлении мышьяковистым водородом. При этом почечный синдром является ведущим в клинической картине отравления и определяет прогноз заболевания. Развивающаяся почечная недостаточность объясняется закупоркой мочевых канальцев гемоглобином и продуктами его распада. Наряду с дегенеративными изменениями в эпителии канальцев иногда обнаруживается острый капиллярный гломерулонефрит. Поражение почек возможно также при отравлении такими нефротоксическими ядами, как антифриз, сулема и др., а также гемолитическими ядами – уксусной кислотой, медным купоросом.

Токсическая нефропатия при хронической интоксикации солями лития, которая характеризуется последовательным нарушением функции нефрона: вначале нарушаются процессы клубочковой фильтрации, затем реабсорбции, в дальнейшем снижается и депурационная функция почек. Полиурия при интоксикации литием обусловлена дефицитом антидиуретического гормона в крови и способностью лития ослабить действие антидиуретического гормона на почки. В редких случаях возможно развитие анурии, обусловленной резким угнетением клубочковой фильтрации (исследования в эксперименте). Морфологически при интоксикации литием характерна органическая интерстициальная нефропатия с фиброзом коркового и мозгового отдела почек, атрофией дистальных канальцев и формированием микроцист. Следует отметить, что в клинике профессиональных заболеваний интоксикации солями лития встречаются редко, при этом достаточно часто данные интоксикации наблюдаются при лечении больных психотропными средствами, содержащими литий.

Наряду с этим возможны **токсические поражения почек при производстве и применении циклоспорино** – иммунодепрессанта, используемого при трансплантации почек. Хроническое поражение циклоспорином приводит к необратимому снижению скорости клубочковой фильтрации, невыраженной протеинурии и артериальной гипертензии. Нередко развивается гиперкалиемия, в том числе из-за резистентности канальцев к альдостерону.

Гипомагниемия встречается реже и является результатом избыточной потери магния с мочой и причиной ещё более тяжёлого нарушения – гипокальциемии. Среди лекарственных препаратов нефротоксический эффект выражен у аминогликозидов (по степени нефротоксичности аминогликозиды располагаются по нисходящей: неомицин – гентамицин – мономицин – канамицин). Для **нефротоксического действия аминогликозидов** характерны протеинурия, энзимурия, фосфолипидурия, повышение уровня креатинина и мочевины в крови; в редких случаях олигурия). Также нефротоксическим действием обладают препараты из группы НПВС (так называемый анальгетической нефропатии синдром, ингибиторы АПФ, препараты, содержащие платину, рентгеноконтрастные вещества.

Таблица 1

Профессиональные поражения почек и мочевыводящих путей, связанные с воздействием химических и физических факторов (выдержка из приказа Минздравсоцразвития России № 417н от 27.04.2012 «Об утверждении перечня профессиональных заболеваний»)

Пункты приказа	Перечень заболеваний, связанных с воздействием вредных и (или) опасных производственных факторов	Код заболевания по МКБ-10	Наименование вредного и (или) опасного производственного фактора	Код внешней причины по МКБ-10
I	Заболевания (острые отравления, их последствия, хронические интоксикации), связанные с воздействием производственных химических факторов			
1.22	Заболевания, связанные с воздействием кадмия и его соединений			
1.22.1.	Острое отравление кадмием и его соединениями (проявления: острый трахеит, острый бронхит, острый токсический бронхиолит, отёк лёгкого, токсическая пневмония, токсическая нефропатия, острый токсический гепатит)	T56.3	Кадмий и его соединения	Y 96
1.22.2.	Хроническая интоксикация кадмием и его соединениями (проявления: эрозия носовой перегородки, хронический бронхит, пневмофиброз, эмфизема лёгких, хроническая токсическая нефропатия, хронический токсический гепатит, токсическая остеопатия)	T56.3	Кадмий и его соединения	Y 96
1.23.	Заболевания, связанные с воздействием меди и её соединений			
1.23.3.	Хроническая интоксикация медным купоросом (проявления: токсическая нефропатия, хронический токсический гепатит)		Медный купорос	
1.32.	Заболевания, связанные с воздействием мышьяка и его соединений			
1.32.3.	Острое отравление мышьяковистым водородом (проявления: синдром внутрисосудистого гемолиза, гемолитическая анемия, острый токсический гепатит, токсическая нефропатия, токсическая энцефалопатия)	T57.0	Мышьяковистый водород	Y 96
1.32.4.	Хроническая интоксикация мышьяковистым водородом (проявления: расстройство вегетативной (автономной) нервной системы, хронический токсический гепатит, токсическая нефропатия)	T57.0	Мышьяковистый водород	Y 96
1.46.	Заболевания, связанные с воздействием пестицидов			
1.46.1.	Острое отравление пестицидами (проявления: расстройство вегетативной (автономной) нервной системы, токсическая энцефалопатия, кома токсическая, острый энцефаломиелит, полиневропатия, острый токсический гастроэнтерит и острый токсический колит, острый токсический гепатит, токсическая нефропатия, острый бронхит, токсическая пневмония, отёк лёгких, острый контактный дерматит, токсическая кардиомиопатия)	T60	Пестициды	Y 96
1.46.2.	Хроническая интоксикация пестицидами (проявления: расстройство вегетативной (автономной) нервной системы, токсическая энцефалопатия, хронический энцефаломиелит, полиневропатия, хронический токсический гастроэнтерит и хронический токсический колит, хронический токсический гепатит, хроническая токсическая нефропатия, хронический бронхит, анемия, хронический контактный дерматит, токсическая кардиомиопатия)	T60	Пестициды	Y 96
1.47.	Заболевания, связанные с воздействием компонентов ракетного топлива			
1.47.1.	Острое отравление компонентами ракетного топлива (проявления: расстройство вегетативной (автономной) нервной системы, токсическая энцефалопатия, токсическая полиневропатия, токсический гастроэнтерит, токсический колит, острый токсический гепатит, острая токсическая нефропатия, острый конъюнктивит, острый ринит, острый фарингит, острый бронхит, токсическая пневмония, отёк лёгких)		Компоненты ракетного топлива	Y 96
1.47.2.	Хроническая интоксикация компонентами ракетного топлива (проявления: расстройство вегетативной (автономной) нервной системы, токсическая энцефалопатия, хронический энцефаломиелит, токсическая полиневропатия, хронический токсический гепатит, хроническая токсическая нефропатия, хронический бронхит, анемия, гипотиреоз, гипертиреоз)		Компоненты ракетного топлива	Y 96
1.53.	Последствия острых отравлений, связанные с воздействием веществ, указанных в пунктах 1.1-1.51 (проявления – хронический токсический ларингит, хронический токсический назофарингит, хронический токсический трахеит, хронический токсический бронхит, хроническая обструктивная болезнь лёгких, токсическая энцефалопатия, токсическое органическое астеническое расстройство, токсическая миелополиневропатия, токсическая полиневропатия, токсический гастроэнтероколит, хронический токсический панкреатит, токсический гепатит, анемия, токсическая нефропатия, токсическая кардиомиопатия)	T 65.8	Химические вещества, указанные в пунктах 1.1-1.51 (этанол, бензин, керосин, бензол, гомологи бензола, другие химические вещества)	Y 96
1.8.	Заболевания, связанные с воздействием четырёххлористым углеродом			
1.8.2.	Хроническая интоксикация четырёххлористым углеродом (проявления: токсический гепатит, рецидивирующая анемия, токсическая нефропатия, токсическая полинейропатия, токсическая энцефалопатия)	T53.0	Четырёххлористый углерод	Y 96
II	Заболевания, их последствия, связанные с воздействием, производственных физических факторов			
2.3.	Заболевания, связанные с воздействием повышенного давления окружающей газовой и водной среды			
2.3.4.	Последствия баротравмы лёгких (проявления: ателектаз лёгкого, эмфизема лёгкого, инфаркт лёгкого, пневмофиброз, дыхательная недостаточность, энцефалопатия, миелопатия, кардиосклероз, нарушения ритма сердца, сердечная недостаточность, инфаркт кишечника, цирроз печени, хроническая печёночная недостаточность, нефросклероз, почечная недостаточность)			

Поражения почек, связанные с профессиональными воздействиями нагревающего микроклимата и низких температур. Длительному воздействию холода и влажности могут подвергаться рабочие ряда профессий, связанных с необходимостью проводить много часов на открытом воздухе и в воде в холодное время года (судовые рабочие, рабочие плотов и др.). Резкое охлаждение может способствовать развитию как острого нефрита, так и хронического нефрита. Также охлаждение может провоцировать пароксизмальную гемоглобинурию с характерной для неё лихорадкой, пониженной резистентностью эритроцитов и кровавой мочой с наличием в ней гемоглобина.

Изменения выделительной функции почек при воздействии высоких температур описано впервые в 1932 г. видным отечественным профпатологом Адой Марковной Рашевской.

Работа, связанная с высокой температурой производственной среды может приводить к перегревам, что приводит к повышенному потоотделению. Такого рода микроклимат создаётся в помещениях, где технология связана со значительными выделениями тепла в окружающую среду. Это возможно, когда производственные процессы идут при высокой температуре (обжиг, прокаливание, спекание, плавка, варка, сушка).

Источниками тепла являются нагретые поверхности оборудования, ограждений, нагретые до высокой температуры обрабатываемые материалы, остывающие изделия, горячие пары и газы. Выделение тепла определяется также работой машин, станков, вследствие чего механическая и электрическая энергия переходит в тепловую. В химических производствах выделение тепла может быть связано с экзотермическими химическими реакциями. Если выделение тепла в холодный период года превышает теплопотери здания за счёт охлаждения и при этом составляет более 23 Вт/м³, то такие цеха традиционно называются «горячими».

К числу таких производств с нагревающим микроклиматом относятся: горячие цеха цветной и чёрной металлургии, машиностроительной, химической и текстильной промышленности, стекольных и сахарных заводов, добыча угля и руды в глубоких шахтах. Температура воздуха в горячих цехах может достигать 33-40°С, а в ряде случаев, в особенности в летнее время, и более высоких уровней. В условиях нагревающего микроклимата работают и люди, выполняющие свои профессиональные обязанности на открытом воздухе в летний период при значительной инсоляции в средней полосе, на юге России (сельскохозяйственные рабочие, строители).

Выделение солей и повышенная жажда вызывают потребность в приёме больших количеств жидкости и нарушают водно-солевой баланс организма. При кратковременных интенсивных перегревах в моче могут появляться белок, цилиндры, эритроциты за счёт раздражения почечной паренхимы, вследствие выделения концентрированной мочи из-за повышенного потоотделения. При длительной работе в условиях высокой температуры повышенный диурез иногда имеет склонность с годами уменьшаться вследствие ухудшения сердечной деятельности и ослабления функции почек. Изредка может появиться никтурия, а впоследствии даже уменьшение концентрационной способности почек, падение количества хлоридов.

Длительному воздействию холода и влажности могут подвергаться рабочие ряда профессий, связанных с необходимостью проводить много часов на открытом воздухе и в воде в холодное время года.

В условиях охлаждающего микроклимата находится большое количество людей, занятых наружными работами или работами на открытом воздухе в холодный период времени (зимой, ранней весной, поздней осенью). Это нефтяники, газовики, строители зданий, мостов, железных дорог, туннелей, лесозаготовители, сельскохозяйственные рабочие, работники горнорудных и угольных карьеров. Во-вторых, в похожих условиях оказываются в холодное время года и рабочие в неотапливаемых помещениях элеваторов, складов, хладокомбинатов, некоторых цехах судостроительных заводов. Воздействию охлаждающего микроклимата, влажности и вследствие этого общему переохлаждению организма в производственных условиях могут подвергаться также сплавщики леса и рыбаки.

(Продолжение следует.)

Сергей БАБАНОВ,
заведующий кафедрой профессиональных
болезней и клинической фармакологии,
доктор медицинских наук, профессор.

Самарский государственный медицинский университет.

Члены учёного совета Новосибирского медицинского университета и главные врачи лечебных учреждений обсудили вопросы взаимодействия вуза и тех ЛПУ, на базе которых работают его кафедры. В настоящее время клиническими базами НГМУ являются 68 учреждений здравоохранения, из них 11 федеральных, 5 ведомственных и 52 государственных. Забегая вперёд, скажем, что в целом взаимодействие выстроено конструктивно, хотя некоторые нерешённые вопросы ещё остаются.

В январе 2015 г. вышел совместный приказ администрации университета и Министерства здравоохранения Новосибирской области об организации практической подготовки обучающихся. Документ утвердил новую форму договора о сотрудничестве НГМУ и клинических баз, который, в частности, определяет порядок участия персонала больниц и кафедральных коллективов в медицинской и образовательной деятельности. Как сказала проректор НГМУ по лечебной работе Елена Потеряева, это положение крайне важно с правовой точки зрения, ведь речь идёт о допуске преподавателей и студентов университета к лечебной деятельности в стационарах и поликлиниках.

— Ежегодно отмечается положительная динамика интеграции кафедральных коллективов на клинических базах, увеличивается число как совместителей-преподавателей, так и число сотрудников ЛПУ, привлекаемых к педагогическому процессу. Это, безусловно, оптимизирует решение многих вопросов и в плане образования, и в плане оказания медицинской помощи пациентам, — говорит проректор.

Иными словами, преподаватели перестают быть теоретиками и становятся «играющими тренерами», а больницы закрывают вакансии за счёт профессоров и доцентов, что, бесспорно, поднимает планку медицинской организации. Как правило, преподаватели при-

Среди основных факторов риска возникновения патологического перелома указывают размер опухоли. Так, опухоль, поражающая 50% тела позвонка, приводит к выраженному смещению силовых линий в радиальном направлении, изменению (повышению) внутрикостного давления, и, следовательно, слабости самой кости, в то время как размеры литической опухоли, не превышающие 25% тела позвонка, существенно не влияют на его прочность.

Патологические переломы являются наиболее частым осложнением опухолевого поражения позвоночника и встречаются более чем в 60% случаев, из них 54% — метастазы. В случаях, когда процесс распространяется на дужку, вертебропластика не выполняется из-за опасности распространения цемента экстравертебрально, а металлостабилизация не показана из-за многоуровневого поражения. Данным больным назначается комплексное лечение, сочетающее химиотерапию и лучевую терапию. Таким образом, необходимо продолжение совершенствования методов консервативной терапии метастатической болезни позвоночника.

В Ростовском научно-исследовательском онкологическом институте Минздрава России (директор — профессор Олег Кит) разработано устройство для проведения пролонгированной транспедикулярной локорегионарной химиотерапии как первичных, так и метастатических опухолей позвонков. Введение противоопухолевых химиопрепаратов, разведённых в малом объёме, непосредственно в тело поражённого опухолью или метастазом позвонка позволяет повысить концентрацию химиопрепаратов, доставляемых регионарно непосредственно к опухоли, что приводит к уменьшению её размеров, либо к прекращению её продолженного

Тенденции

Обсудили по-взрослому

Сотрудничество университета и клинических баз продолжает углубляться



Сегодня студенты — завтра врачи

глашаются в качестве экспертов к пациентам с наиболее сложными клиническими ситуациями.

Кроме того, в 2014 г. по заявке территориального фонда ОМС сформировано экспертное сообщество, в состав которого вошли 65 сотрудников Новосибирского медуниверситета.

Также преподаватели университета востребованы институтом главных специалистов областного Минздрава, сегодня в его составе 34 сотрудника НГМУ. Но состав этот непременно будет меняться, как заметил министр здравоо-

хранения Новосибирской области Олег Ивановский, тоже принимавший участие в разговоре:

— Главный специалист, по моему убеждению, это не просто тот, кто подписывает аттестационные работы врачам, а человек, являющийся генератором идей, нестандартных решений, особенно в той ситуации, в которой сегодня находится здравоохранение. Мне не нравится, когда, подводя итоги работы за год, руководитель министерства или Департамента здравоохранения говорит о количестве построенных больниц и купленного

оборудования. Это не есть задачи Министерства здравоохранения, а работа Министерства капитального строительства. Мы же с вами, коллеги, должны показывать, что происходит с охраной здоровья населения с других позиций: профилизация лечебных учреждений, заполнением больниц, оптимальная маршрутизация пациентов, изменение показателей состояния здоровья людей. Сегодня над решением этих вопросов работают чиновники министерства, а в идеале эти решения мне хотелось бы получать от главных специали-

стов. Мы хотим перевести работу Минздрава в режим экспертно-профессионального диалога, а экспертное сообщество — это, в том числе, руководители кафедр, профессора НГМУ.

Ещё одна тема, которой коснулись участники встречи, — производственная практика студентов медуниверситета. В НГМУ есть хорошая традиция: после практики среди студентов проводят анкетирование, чтобы узнать их оценку. «Как показывает анкетирование 2014 г., 90% студентов удовлетворены прохождением практики. Не удовлетворены 10%. Среди причин неудовлетворённости, в частности, — нарушение норм этики со стороны персонала ЛПУ, а также затруднения, которые испытывает студент при выполнении практических заданий», — такая информация была представлена проректором НГМУ.

Ребят, для которых выполнение медицинских манипуляций во время практики было бы сопряжено с большими проблемами, в университете становится всё меньше и меньше: с открытием фантомного класса у студентов появилась возможность перед выходом на практику отработать до автоматизма те или иные навыки. Что же касается небрежного или откровенно недоброжелательного обращения отдельных сотрудников ЛПУ со студентами, проблема обозначена, главным врачам предстоит серьёзно подумать над этим и исправить ситуацию.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Новосибирск.

Фото Валерия КЛАММА.

Современные технологии

Полезная модель

Ростовские онкологи предлагают новый способ химиотерапии опухолей позвонков

Позвонки являются наиболее часто поражаемой зоной костного метастазирования злокачественных опухолей. Не менее часто встречаются и вторичные опухоли позвонков. Чаще всего это метастазы рака молочной железы. Этому способствуют и богатство кровеносными сосудами, и специфическое строение сосудистых сплетений позвонков — тонкие стенки сосудов, отсутствие клапанов, из-за чего кровь в них легко циркулирует в разных направлениях. Исследования с использованием контрастного вещества, введённого в венозную систему молочной железы, плевры, предстательной железы показали, что контрастный препарат почти через 15-20 секунд появлялся в венозных сплетениях позвонков (как и раковые клетки из этих мест в исследованиях на животных). Изменение локального костного метаболизма, вызванного метастазированием, достаточно хорошо изучено. Изначально раковая клетка шунтирует малый круг кровообращения через венозно-вертебральные сплетения. Попавшая в капилляры костного мозга клетка легко мигрирует в кость в связи с отсутствием базальной

мембраны в этих капиллярах. При дальнейшем развитии метастатического эмбола происходит продукция паракринных факторов, важнейшее значение среди которых имеет паратормоноподобный пептид, опосредованно стимулирующий резорбцию кости посредством воздействия на рецепторы, имеющиеся на остеобластах. А данные рецепторы, в свою очередь, активизируют остеокласты и клетки-предшественники. Кроме того, остеобласты секретируют коллагеназу, растворяющую остеоид. Параллельно идёт процесс деминерализации кости, сопровождающийся исчезновением костных балок и освобождающий место для роста клонирования опухолевых клеток. Разрушение костного матрикса приводит к выделению медиаторов, стимулирующих выработку коллагена и снижающих активность остеокластов. Однако ведущая роль в формировании реактивного костеобразования принадлежит собственным ферментам раковых клеток, стимулирующим остеобластическую активность. Костные метастазы могут быть остеолитическими, остеобластическими и смешанными.

роста. Это существенно повышает эффективность лечения больных с метастазами в позвоночник, приводит к улучшению качества и увеличению продолжительности их жизни.

Предлагаемый нами способ введения химиопрепаратов заключается в следующем. Больному с первичной или метастатической опухолью позвонков выполняется чрескожная транспедикулярная

пункция тела позвонка оригинальным троакарном с овальным поперечным сечением, повторяющим форму дужки позвонка. Выполняется два разреза кожи: 1) у точки входа троакара краниально и каудально до общей длины разреза до 2 см и 2) отступив от первого разреза 20 см, второй разрез длиной до 2,5 см. После извлечения стилета для остановки кровотечения из позвонка берётся

тонкая полоска гемостатической губки, способная войти в просвет иглы, и проталкивается в позвонок с помощью стилета. Затем после извлечения стилета из троакара в его овальный просвет вводят оригинальное устройство также овального сечения, полностью повторяющее внутренний просвет канюли троакара. Разработанное нами имплантируемое устройство проводится в тело позвонка по

канюле троакара находящимся внутри него нитиноловым проводником. Убедившись после рентгеноконтроля, что устройство введено в тело позвонка, удерживают его в данном положении нитиноловым проводником и подтягивают канюлю троакара назад на 1 см. Это позволяет раздуть манжетку нашего устройства в теле позвонка для фиксации устройства в нём. Извлекают канюлю троакара и гибкий нитиноловый проводник из устройства. Теперь между двух вышеописанных разрезов кожи проводят жёсткий проводник, с помощью которого устройство укладывается подкожно, к нему присоединяется порт и имплантируется подкожно через описанный второй разрез. Ушивают кожные разрезы. Теперь процедура транспедикулярной локорегионарной химиотерапии первичных и метастатических опухолей позвонков сводится к чрескожной пункции порта и введению инъектоматом химиопрепаратов по стандартным протоколам.

В январе 2015 г. Роспатент принял решение о выдаче патента на полезную модель «Устройство для проведения пролонгированной транспедикулярной локорегионарной химиотерапии опухолей позвонков», а с 2 по 5 апреля 2015 г. устройство будет представлено на XVIII Московском международном салоне изобретений и инновационных технологий «Архимед 2015» в конгрессно-выставочном центре «Сокольники» (павильон № 4).

Олег КИТ,
профессор.

Игорь БАЛАЗИН-ПАРФЁНОВ,
доктор медицинских наук.

Артём БАРАШЕВ,
врач.

Ростовский научно-исследовательский онкологический институт.

Рак молочной железы – самая часто встречающаяся форма онкологического заболевания у женщин. Каждый год врачи выявляют около 1,7 млн новых случаев, более 500 тыс. женщин в мире умирают от этой болезни, из них 23 тыс. – в России. Это означает, что каждые 22 секунды одна из женщин узнаёт о своём страшном диагнозе, а каждые 5 минут 3 пациентки погибают от него.

О том, каковы возможности современной терапии РМЖ в целом и одной из наиболее неблагоприятных его форм – HER2-положительного рака молочной железы, журналисты узнали на пресс-конференции, посвящённой данной теме.

По словам специалистов, HER2-положительный рак молочной железы встречается примерно в 20-25% случаев и характеризуется агрессивным течением, высоким риском метастазирования и низкими показателями выживаемости. До недавних пор эта форма имела самый неблагоприятный прогноз. Такой диагноз звучал, как приговор.

Однако наука не стоит на месте: в последние годы благодаря достижениям учёных рак молочной железы стало возможным победить в 95% случаев – при условии раннего выявления заболевания и адекватного лечения.

И здесь большую надежду медики связывают с появлением новых таргетных препаратов. По мнению онкологов, именно они дают шанс перевести даже метастатическую форму РМЖ в разряд хронических болезней, при общей выживаемости пациентов более 5 лет.

– Рецептор HER2 – это особый белок, имеющийся в аномально больших количествах на внешней поверхности клеток опухоли. Первый таргетный антиHER2-препарат более 15 лет назад произвёл настоящую революцию в лечении одной из наиболее агрессивных разновидностей рака молочной железы,

– говорит доктор медицинских наук, профессор Вера Горбунова. – В отличие от классических цитотоксических препаратов он стал воздействовать на конкретные мишени в клетках опухоли и обеспечивать целенаправленное лечение. Введение в практику этого таргетного препарата полностью изменило возможности лекарственной терапии данного заболевания.

– Можно с уверенностью сказать, что мы достигли заметных успехов в лечении HER2-

– Каждый день появляются всё новые и новые препараты, – говорит Вера Горбунова. – В настоящий момент, по-моему, порядка 139 новых таргетных препаратов уже утверждено или находится во второй и третьей фазе клинических исследований, то есть близких к завершению. Это большая цифра, и введение их в практику полностью меняет возможности лекарственной терапии.

Свидетельство тому – вошедшие совсем недавно в обиход

го РМЖ. Конечно, это не значит, что завтра не будет чего-то другого, причём буквально «завтра», поскольку всё развивается очень быстро, – подчёркивает Михаил Личиницер.

На пресс-конференции была поднята ещё одна важная тема: экономическая составляющая терапии РМЖ.

– Проблема высокой стоимости препаратов для лечения онкологических больных не только отечественная, она – мировая, – отметила Вера Горбунова. –

регионов сегодня им обеспечивается, по моим сведениям, 90% нуждающихся в лечении, – говорит академик М.Личиницер. – Это – на уровне мировых стандартов, мировых возможностей, если говорить о США, например. Хорошо бы, так было и с другими онкологическими препаратами...

Нужно сделать всё, чтобы пациенты были здоровы и получили не просто «доступную помощь», а самое лучшее в мире лечение. Чтобы не ездили в другие страны, а приходили в российские

Пресс-конференция

РМЖ под прицелом

Как сделать так, чтобы новейшие препараты против рака стали доступными?

положительного рака молочной железы.

– Прицельная доставка препарата сразу в опухолевую ткань даёт высокую эффективность лечения, избежав при этом такого осложнения, как токсичность, – добавляет кандидат медицинских наук Светлана Хохлова.

– Мы участвовали и участвуем во многих международных проектах в рамках борьбы против рака, в частности в исследованиях новейших препаратов по терапии рака молочной железы, – рассказывает заместитель директора РОНЦ им. Н.Н.Блохина академик РАН Михаил Личиницер. – В исследование первого таргетного препарата мы включили много больных – больше всех в мире. Только в одном нашем центре их было 100. Должен отметить, что этот препарат в настоящее время используется в России очень широко. Не только в Москве в федеральных онкологических центрах, а всюду в России.

Что касается современного состояния лекарственной терапии, то прогресс, по мнению специалистов, известен.

российских онкологов препараты для лечения больных HER2-положительным раком молочной железы.

– Таргетные препараты нацелены на определённые мишени в опухолевой клетке, которые вызывают злокачественный рост или перерождение нормальной клетки в злокачественную, – поясняет Вера Горбунова. – Если раньше цитотоксические препараты убивали опухолевые клетки, мы видели объективный эффект и радовались этому, то сейчас таргетные препараты стабилизируют процесс и не дают развиваться опухоли дальше. В таком состоянии человек может жить долго, прожить полноценную жизнь и умереть в старости от другого заболевания. В моей практике таких случаев было немало.

– Я подчёркиваю, что мы работаем в рамках мировых рекомендаций – американских, европейских, российских, и уже это само по себе свидетельствует, что применяется наиболее эффективное на сегодняшний момент лечение метастатическо-

Ещё в самом начале эры зарождения таргетных препаратов руководитель отдела по изучению новых препаратов Национального института рака США Брус Чабнер говорил, что у всех государств возникает проблема возможности обеспечения инновационным лечением страдающих пациентов. Более того, каждый появляющийся новый препарат, как правило, дороже всех предшествующих. Конечно, человек сам не может их приобрести, как, например, другие простые лекарства. Поэтому для всех государств проблема обеспечения онкологических больных лекарствами – вопрос первостепенной важности. И у нас в стране, как показывает история, этот вопрос вполне успешно решается. Российские больные постепенно (может быть, не сразу, как только препарат выходит), но всё-таки получают возможность лечиться инновационными препаратами.

– Уже несколько лет в России первый таргетный препарат против РМЖ входит в перечень жизненно важных, и за счёт правительства, за счёт бюджетов

лечебные заведения и получали современную качественную терапию. В настоящее время таких учреждений в нашей стране достаточно много. И специалисты есть отличные – онкологи, химиотерапевты.

– В СМИ часто инициируют сбор денег для отдельных онкологических больных. Но задача государства обеспечить такое лечение, по возможности, всем больным, – добавил М.Личиницер. – Всё лечение онкологическим пациентам должно покрываться страховыми компаниями, как это происходит во всём мире.

Главный же вывод беседы с журналистами, по мнению академика, таков: рак молочной железы сегодня не только переходит из разряда смертельных в хронические заболевания, он в значительном проценте случаев излечивается навсегда. Люди должны это знать, не бояться и жить с надеждой.

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Москва.

Ситуация

Эксперты Фонда независимого мониторинга медицинских услуг и охраны здоровья человека «Здоровье» выявили два сомнительных аукциона, соответственно, неэффективные закупки на поставку компьютерных томографов в больницы Тверской области.

При изучении технических заданий, сформированных Министерством имущественных и земельных отношений региона, выяснилось, что требования в обоих случаях абсолютно идентичны и практически полностью соответствуют только одной модели томографа конкретного иностранного производителя.

Первый аукцион на закупку томографа для нужд Ржевской центральной районной больницы с начальной ценой 17,6 млн руб. был объявлен 27 ноября 2014 г., а победитель был определён 19 декабря 2014 г. Заявки подали две компании – ООО «Росмедком-плект» (она и выиграла тендер) на 17 млн 499 тыс. руб. и ООО «Эталон – Трейдинг» – на 17 млн 588 тыс. Второй аукцион на закупку томографа для нужд Нелидовской центральной районной больницы проводился в те же сроки, с той же начальной ценой и с теми же участниками. Однако они «поменялись ценниками». Выиграло ООО «Эталон – Трейдинг».

«Техническое задание на аукционах, проведённых Мини-

«Игры» вокруг томографов

В накладе оказываются государство и пациенты



На VI Байкальском международном экономическом форуме в Иркутске был представлен первый серийный компьютерный томограф, собранный в России

стерством имущественных и земельных отношений Тверской области, было сформировано на основании конкретной модели 16-срезового томографа. Причём, по словам экспертов, далеко с не самыми лучшими

клиническими характеристиками. Кроме того, данная модель томографа не имеет русифицированного интерфейса, – пояснил член Центрального штаба Общероссийского народного фронта и Общественной палаты

РФ, директор Фонда «Здоровье» Эдуард Гаврилов. – На одном аукционе победил «Росмедком-плект», являющийся дистрибутором General Electric, на втором – «Эталон – Трейдинг», представляющий компанию Siemens. Цена заключённых контрактов идентична копейка в копейку, то есть в накладе никто не остался. Кроме государства и пациентов».

Запрос о включении в техзадание пункта о русифицированном интерфейсе поднимался в процессе торгов, однако был отклонён заказчиком. Кроме того, проведённый фондом анализ цен на эти модели с заключением контракта в сопоставимый период времени показывает, что аналогичная модель томографа была закуплена другим заказчиком за 15,7 млн руб. Таким образом, потери бюджета по двум закупкам составляют порядка 3,5 млн руб.

Эксперты полагают, что два названных аукциона имеют признаки договорных, так как участниками предложен заведомо конкретный товар одного про-

изводителя, и они «поменялись» местами на «своих» аукционах, сделав минимальные предложения о снижении цены контракта.

«В условиях экономических санкций перед всеми отраслями стоит задача не только эффективного расходования бюджетных средств, но и принятия решений, направленных на импортозамещение. В России есть производители 16-срезовых компьютерных томографов, и эти приборы вошли в вышедшее недавно постановление правительства, ограничивающее конкуренцию иностранных производителей при закупках медтехники для государственных нужд Российской Федерации. Поэтому Фонд «Здоровье» обратится в прокуратуру Тверской области, а также региональное управление Федеральной антимонопольной службы с просьбой проверить легитимность заключённых контрактов. И продолжит работу по мониторингу аналогичных закупок в других областях», – сообщил Э.Гаврилов.

Валентин МАЛОВ.

МИА Сито!

Космическая медицина, некогда флагман отечественного здравоохранения, уступила паритет в новых медико-биологических технологиях на земле и орбите. Как сохранить здоровье космонавтов и обеспечить внедрение современных технологий – вопрос более чем насущный.

Российская космическая отрасль стоит на пороге исторических перемен – новый руководитель Роскосмоса Игорь Комаров сообщил, что в Правительство РФ будет внесён законопроект о госкорпорации, создаваемой на базе Роскосмоса и Объединённой ракетно-космической корпорации.

Очевидно, что космическая медицина должна соответствовать масштабу преобразований. В прошлом веке эта отрасль по праву считалась эталоном для всей системы здравоохранения, обеспечивая стратегическое превосходство в развитии медико-биологической отрасли над зарубежными партнёрами. Что стало теперь?

Экспериментальные разработки, а не технологии

Как известно, правда – в деталях. Именно они выдают те системные проблемы в космической медицине, которые, в том числе, сдерживают развитие отрасли в целом.

Вот несколько примеров. Система организации медицинской помощи на российском сегменте действующей Международной космической станции ничем не отличается от той, которая применялась ещё на орбитальной станции «Салют» в начале 80-х. Американские партнёры по МКС уже давно и активно используют телемедицинские технологии, а у нас, по словам заведующего отделом Института медико-биологических проблем (ИМБП) РАН А.Полякова, пока только экспериментальные наработки.

На российском сегменте МКС находится 18 медицинских укладок, которые позволяют оказать первую помощь и провести лечебные и профилактические мероприятия при несерьёзных заболеваниях, а на американском – 9. Но при этом американские укладки оснащены диагностическим оборудованием и аппаратурой и средствами для сердечно-лёгочной реанимации, а наши укладки не обновлялись больше 15 лет, как и вся система медико-биологического сопровождения. В чём причина?

Исследования есть, а результаты?

На сегодняшний день в связи с отсутствием в Роскосмосе профильного медико-биологического подразделения, по факту, Институт медико-биологических проблем РАН является координатором и практически единственным исполнителем работ в области научно-прикладных и фундаментальных исследований, направленных на совершенствование медико-санитарного и медико-биологического обеспечения при подготовке и выполнении космических полётов. Так, из 30 космических медико-биологических экспериментов, утверждённых в 2008 г. в долгосрочную космическую программу, в 29 постановщиком является ИМБП. Ежегодный бюджет института по линии Роскосмоса и Российской академии наук на решение задач, связанных с космонавтикой, составляет не одну сотню миллионов рублей. Каковы же конкретные результаты? Кто и как оценивает эффективность исследований? Сколько выпущено нормативно-правовых актов, которые оформили бы полученные результаты в формат технологий для космической программы или практического здравоохранения? Конкретных цифр нет.

Для сравнения, при сопоставимом финансировании по Фе-

деральной целевой программе «Национальная система химической и биологической безопасности» оформлено 125 технологий, «Обеспечение ядерной и радиационной безопасности» – 58.

В 2013 г. Центр системного проектирования ЦНИИ машиностроения подготовил брошюру «Эффект от использования МКС для России». В разделе «Практическое внедрение результатов медико-биологических исследований, проводимых на РС МКС» представлены патенты, являющиеся якобы результатом исследований на МКС. Однако, если профессионалы космической медицины посмотрят программу медико-биологических исследований на орбитальных станциях «Салют» и

то, чтобы в распоряжении нашей космической отрасли всегда были передовые технологии. Трудно представить, чтобы при таком подходе без внимания остался практический результат, который не поддаётся качественной оценке профессиональным медицинским сообществом.

Этот же период характеризуется безусловным мировым лидерством отечественной космической медицины и медико-биологической науки. И наша система когда-то работала по тем же принципам, на основе которых сегодня выстраивает свою деятельность NASA по развитию перспективных направлений медико-биологических исследований.

Но в 90-е годы было принято



развитие космической медицины. Согласно законодательству, за ФМБА России на государственном уровне закреплены полномочия по медико-биологическому обеспечению космической программы, в том числе при подготовке и выполнении космических полётов.

Де-юре ИМБП не имеет прав и полномочий для осуществления этой деятельности. Такая правовая и организационная коллизия противоречит всем законодательным основам – и в части работы государственных органов власти, и в части охраны здоровья. Более того, это размывает границы ответственности за эффективное расходование государственных средств на космическую медицину.

Проблемы и решения

Реанимация космической медицины

Почему «болеет» стратегическая отрасль

«Мир», включая программу «Интеркосмос», то в патентах найдут результаты исследований 30-летней давности.

В СССР космическая медицина была эталоном и «спускала» на землю новые технологии. Например, знаменитый костюм «Пингвин», созданный для первых полётов на орбитальной станции «Салют», затем врачи начали использовать для лечения детей с ДЦП. Почему сегодня пропали практические результаты?

Космос как кооперация

Во всём мире в космическую промышленность привлекаются лучшие умы. Основной подход – это кооперация под конкретную задачу самых передовых научных учреждений, корпораций, государственных организаций.

Американское национальное управление по воздухоплаванию и исследованию космического пространства (NASA) привлекает для решения вопросов космической медицины более 70 научно-исследовательских и практических организаций различного профиля и различных форм собственности. Это университеты, национальные лаборатории, частные корпорации, профильные ассоциации.

Возможно, поэтому на МКС для американцев телемедицина – это технология, а для нас пока – экспериментальная разработка.

Но ведь когда-то мы шли с американцами не только вровень, но и опережали их. Что случилось?

Не изобретать велосипед

На протяжении более чем 30 лет, начиная с 1963 г., задача по медико-биологическому обеспечению космической программы была закреплена не за отдельным научным учреждением, а за специализированным государственным органом власти – 3-м Главным Управлением при Минздраве СССР (ныне – ФМБА России), отвечавшим также за атомный проект.

На советскую космическую медицину работал не единственный научно-исследовательский институт, как сегодня, а целая медико-биологическая отрасль – кооперационная система из более чем 20 институтов и специализированных производств.

Именно Третий главк не только выделял деньги, но и нес ответственность за результат – за

решение, что ИМБП, головное учреждение Третьего главка по космосу, переходит в состав Российской академии наук.

Так ведущий институт страны был вырван из кооперационной системы, питавшей его исследованиями и разработками, и переведён из прикладного здравоохранения в область фундаментальных исследований.

С того момента прошло 15 лет. Однако основные результаты исследований в области космической медицины – лишь вариации на тему исследований, проводившихся в советские годы. Например, знаменитая иммерсионная ванна, которую часто показывают журналистам в качестве доказательства наличия передовых технологий в ИМБП, на самом-то деле была разработана и внедрена ещё в конце 80-х Евгением Борисовичем Шульженко, который, кстати, возглавлял до начала «лихих 90-х» Третий главк.

Всё это говорит о том, что система «законсервировалась». За это время не произошло изменений даже в системе медицинского отбора и медицинского освидетельствования кандидатов в космонавты и космонавтов – первоосновы медико-биологического обеспечения.

До сих пор при медицинском отборе космонавтов не используются молекулярно-генетические критерии, не изучаются отдалённые последствия влияния длительных космических полётов на организм человека. А без получения этих знаний невозможно создание полноценного медицинского обеспечения будущих космических миссий.

Учитывая ситуацию, ФМБА России как уполномоченное государство федеральное агентство в части медико-биологического обеспечения космической программы ещё в 2013 г. было вынуждено воссоздать Научно-исследовательский институт космической медицины (НИИКМ), который начал работать на решение прикладных задач, как это и было в период лидерства нашей страны в космосе.

ФМБА России и НИИКМ за 2 года существования института (что важно: без единого рубля финансирования от Роскосмоса) подготовили 4 космических эксперимента в Долгосрочную космическую программу, в 2015 г. готовятся ещё 2. Идеология этих экспериментов напрямую связана с проблемами как космической,

так и земной медицины. Подготовили модель и начали серию комплексных экспериментов по изучению влияния на человека пребывания на поверхности Луны. Разработали и развернули программу по изучению отдалённых последствий космических полётов на организм человека, на основании медицинских обследований космонавтов, которые уже завершили лётную деятельность. С учётом длительного пребывания в космосе и связанных с этим рисков для здоровья охрана здоровья космонавтов, безусловно, является приоритетной задачей, которая должна подкрепляться современными научными исследованиями и разработками.

Кроме того, в системе ФМБА России поставлены на поток технологии, связанные с радиационной безопасностью, геномными исследованиями и индивидуальным медицинским сопровождением на основе генетической информации человека, обеспечением длительных подводных погружений, выпуском лекарственных средств в формах, удобных для использования в условиях космического полёта.

Строить не отдельный институт, а систему, ориентированную на результат

Возвращение к системному подходу на основе кооперационного принципа в развитии медико-биологической отрасли – залог того, чтобы в сжатые сроки вернуть упущенный паритет.

Во-первых, есть система Федерального медико-биологического агентства, которая исторически приносила результаты в развитии космической медицины. Сегодня в систему ФМБА России входит порядка 300 учреждений, в том числе 29 уникальных институтов, которые развивают прикладные современные технологии в области иммунологии, генетики, клеточных продуктов. То есть то, что уже сейчас можно поставить на службу космической медицине.

Во-вторых, в России есть специализированные институты с высочайшим научным потенциалом, которые могли бы выполнить по своей компетенции определённые исследования в рамках космической программы.

В-третьих, с точки зрения законодательства нынешняя ситуация накладывает ограничение на

Де-факто же, если возникают какие-либо вопросы по состоянию здоровья космонавтов, включая и оказание медицинской помощи, специалисты ИМБП обращаются в клиники ФМБА России, так как собственных клинических баз в институте не имеется.

Это свидетельствует о том, что, несмотря на преобразования и переход ИМБП в РАН, по факту ИМБП может полноценно функционировать только в качестве элемента системы медико-биологического обеспечения пилотируемой космонавтики, как это и предполагали отцы-основатели космического проекта.

Атом как пример

При разработке проекта перехода Роскосмоса в форму госкорпорации будет учитываться пример функционирования Росатома.

Как известно, система Росатома в части медицинского сопровождения полностью обеспечивается учреждениями ФМБА России. Возможно, что этот позитивный опыт, основанный на исторической преемственности космического и атомного проектов, может стать отправной точкой при принятии решений о развитии медико-биологического направления в рамках общей реформы космической отрасли.

Возвращение ИМБП в систему ФМБА – «лечебное» средство, способное оздоровить космическую медицину.

В новых экономических условиях, когда каждый вложенный федеральным бюджетом рубль должен приносить качественный результат, повышение эффективности расходов – приоритетная задача, в том числе и при планировании научной деятельности в космической медицине. Объединение в кооперационную систему специализированных институтов и научного потенциала лучших учёных, внедрение в космическую программу уже разработанных технологий – это те первые шаги, которые достаточно быстро принесут первые результаты.

Россия с запуском первой очереди космодрома «Восточный» и преобразованием Роскосмоса выходит на другой уровень развития космической отрасли. Такой же шаг вперёд на пути развития медико-биологических технологий нового века должна сделать и космическая медицина. И для этого есть необходимая база, важно только правильно её использовать.

Виктор БАРАНОВ,
академик РАН.

Перспективы

При сердечном приступе гибнут клетки сердечной мышцы (кардиомиоциты), и их заменяет не свежая мышечная ткань, а рубцовая. Образовавшийся рубец какое-то время «склеивает» соседние участки неповреждённой мышцы, но в конечном счёте ослабляет работу сердца и повышает риск новых приступов.

Пока что единственный проверенный способ разорвать этот замкнутый круг — пересадка сердца. Но донорских сердец не хватает на всех — ежегодно проводятся лишь несколько тысяч трансплантаций. Продолжительность жизни прооперированных счастливиц тоже оставляет желать лучшего: чтобы избежать отторжения чужого органа, они вынуждены пожизненно принимать препараты, подавляющие иммунную систему. Но уже в будущем учёные надеются лечить самые тяжёлые последствия инфаркта, не прибегая к пересадке сердца.

сердечных клеток. Мы лишь снова активировали их во взрослом организме», — говорит Шривастава. В 2010 г. при помощи своего коктейля из генов он превратил фибробласты в кардиомиоциты в лабораторных условиях, а 2 года спустя проделал то же на живых мышцах, добившись ещё более впечатляющих результатов. Похоже, естественная сердечная среда способствует более успешному перепрограммированию клеток на создание координированно сокра-

Не трансплантологией единой

Есть ли альтернативы пересадке?

Надежду шлют стволовые клетки

С начала 2000-х годов учёные экспериментируют со стволовыми клетками, пытаясь заставить сердце регенерировать собственную мышечную ткань. Стволовые клетки способны превращаться во все другие виды клеток организма, и поначалу была надежда, что при введении в больное сердце они смогут генерировать новые кардиомиоциты.

Эта надежда основывалась на отчёте о научном исследовании, где отмечалось, что стволовые клетки, взятые из костного мозга мышей, эффективно генерировали новую мышечную ткань при инъектировании в повреждённые сердца тех же самых грызунов. Результаты исследования были опровергнуты тремя годами спустя, но к тому времени уже вёлся ряд клинических испытаний данного метода. На данный момент их проведено уже несколько десятков — в основном со стволовыми клетками, взятыми из костного мозга, но также из скелетной мускулатуры и других источников в организме.

В 2012 г. Кокрановское Сотрудничество (международная некоммерческая организация, занимающаяся оценкой медицинских заключений) проанализировало результаты 33 подобных испытаний, которые в совокупности охватывали 1765 пациентов. Выводы оказались не обнадеживающими — инъектированные стволовые клетки улучшали насосную функцию сердца в среднем лишь на 3-4%. Они не предотвращали последующих сердечных приступов, не производили новых кровеносных сосудов и в целом не помогали спасти жизни.

Впрочем, было бы слишком наивно возлагать на них такие большие надежды. После проникновения в сердце пациента стволовым клеткам для начала необходимо просто выжить, затем найти повреждённые участки мышцы и произвести новую мышечную ткань, которая сокращалась бы синхронно с соседними участками. Достоверно неизвестно, удавалось ли им вообще что-то из этого списка в ходе экспериментов. Даже если инъектировать пациенту миллионы стволовых клеток, подавляющее большинство из них погибнет в течение нескольких недель. Если они и дадут какой-то положительный эффект, то, скорее, за счёт того, что сигналы, посылаемые ими существующим кардиомиоцитам, стимулируют последние на то, чтобы самим заняться ремонтом повреждённой ткани.

Может быть, стволовые клетки, полученные из костного мозга, и не оправдали ожиданий, но существуют и более многообещающие их источники. Неожиданно выяснилось, что одним из таких источников может стать само сердце. Недавние исследования перевернули распространённое представление о том, что взрослое сердце не производит новые кардиомиоциты. У него



есть свой запас стволовых клеток, которые ежегодно заменяют собой от 0,5 до 1% кардиомиоцитов. Возможно, у сердца есть ключ к собственному спасению.

Игра в регенерацию

По словам Джошуа Хэра из Университета Майами, учитывая такие результаты, неправильно было бы полностью отказываться от терапии стволовыми клетками. «Мы видим, что пациентам в результате становится лучше», — говорит он. К тому же этот метод безопасен. Несмотря на несколько неудач на раннем этапе, исследователи на сегодняшний день накопили достаточно опыта в инъектировании стволовых клеток в сердце. Если кому-то удастся заставить эту технологию работать, очень скоро её смогут начать использовать в больницах.

Впрочем, не все разделяют этот оптимизм — некоторые исследователи выбрали совсем другой подход. Вместо того, чтобы впрыскивать выращенные в лаборатории клетки назад в сердце, они побуждают уже имеющиеся в нём клетки к созданию новой мышечной ткани. Райли, например, использует тот факт, что у эмбриона огромное количество кардиомиоцитов производится эпикардом — внешней оболочкой сердца. После рождения процесс прекращается, но Райли удалось восстановить эту функцию эпикарда, вводя в мышечные сердца протеин Тимозин бета-4. В результате у мышей, переживших сердечный приступ, генерировалась новая сердечная мышечная ткань, которая хорошо интегрировалась в существующую.

В прошлом году Дипак Шривастава из неправительственной организации «Институты Глэдстоун» в Сан-Франциско добился ещё более впечатляющих результатов, применив метод, который многим казался неосуществимым. Он преобразовал фибробласты — клетки соединительной ткани, из которых формируется, в том числе, рубцовая ткань, — в кардиомиоциты. Для этого потребовались всего 3 гена, контролирующих развитие сердца эмбриона, — Gata4, Mef2c и Tbx5 (сокращённо GMT). «Эти гены запрограммированы на производство

щающейся мышечной ткани вместо рубцовой.

Метод Шриваставы

Это большое достижение. Метод Шриваставы позволяет избежать проблем и сомнений, связанных с инъектированием стволовых клеток, поскольку гены работают с клетками, уже присутствующими в сердце. Фибробласты составляют до половины клеток даже в здоровом сердце — это огромный резервуар потенциальных кардиомиоцитов. «Идея превращать клетки, формирующие рубцовую ткань, непосредственно в мышечную ткань в районе повреждения очень интересна», — говорит Райли. — Это передовая технология в современной науке».

К облегчению Шриваставы, другим учёным удалось воспроизвести результаты его экспериментов, что далеко не всегда случается в медицине. «Всё больше людей используют и совершенствуют данный подход», — говорит он. Сейчас команда Шриваставы обкатывает метод на свиньях в рамках небольшого пре-клинического испытания. В отличие от крохотного сердца мыши сердце свиньи более схоже с человеческим, и испытание призвано проверить, сработает ли перепрограммирование клеток в масштабах более крупного организма.

Кроме того, прежде чем приступать к испытаниям на человеке, Шривастава хочет убедиться в безопасности своего метода. При лечении сердца крупных размеров есть опасность создания изолированных участков репрограммированной мышечной ткани, не соединённых с соседними регионами, что может нарушать единообразие сокращения всей сердечной мышцы. Ещё одна сложность состоит в том, что в экспериментах на мышцах Шривастава внедрял гены GMT в фибробласты при помощи вирусов.

Применение вирусов как носителей полезной нагрузки — один из стандартных приёмов, используемых в генной терапии, но он связан с определённым риском — гены могут встроиться не в те участки человеческой ДНК, помешав работе других генов и, возможно, увеличив вероятность развития рака. Со временем Шривастава надеется вообще отказаться от GMT, заменив их медицинскими препаратами с идентичными свойствами. «Это было бы безопаснее, да и со стороны регулирующих органов возникало бы меньше вопросов», — отмечает он.

Юрий БЛИНОВ.

По материалам Nature.



II МЕЖДУНАРОДНЫЙ ФОРУМ УНИВЕРСИТЕТСКОЙ НАУКИ — 2015

www.forum-uniscience.ru

«НАУЧНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ПРОГНОЗИРОВАНИЕ: МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ, ТРИГГЕРЫ ПАТОГЕНЕЗА, ЯТРОГЕННОЕ ВЛИЯНИЕ»

Москва, площадь Европы, 2, отель «Рэдиссон Славянская»

II форум университетской науки — 2015 будет проходить 22 мая 2015 г. Цель форума — обсуждение и оценка результатов научных биомедицинских исследований, направленных на поиск путей и способов медицинского прогнозирования, снижения вторичной заболеваемости и ятрогенных влияний.

II форум университетской науки с международным участием задуман как логичное развитие подходов, заложенных на I форуме, прошедшем в Москве в мае 2014 г. и ставшем знаковым событием в календаре научных событий года. В прошлый раз внимание участников было посвящено достижениям фундаментальных наук и персонализированной медицины в решении проблем системного и аутовоспаления. Обсуждение широко поставленной темы привело к пониманию того, что стратегически важным аспектом изучения системного и аутоиммунного воспаления является молекулярно-генетическое прогнозирование.

Ориентируясь на научные исследования, которые проводятся в Московском государственном медико-стоматологическом университете им. А.И.Евдокимова, мы назвали Форум-2015 «Научное медицинское прогнозирование: молекулярно-генетические аспекты, триггеры патогенеза, ятрогенные влияния». В форуме примут участие ведущие учёные и молодые исследователи нашего университета, а также представители других ведущих научно-медицинских организаций, разрабатывающих проблемы научного прогнозирования и снижения ятрогенных рисков, таких как РОНЦ им. Н.Н.Блохина, РМАПО Минздрава России, известные зарубежные учёные.

Пленарное заседание форума будет освещать два основных, стратегических научных направления нашего университета: «Маркёры рисков здоровья и триггеры патогенеза заболеваний» и «Малоинвазивные технологии: поиск путей снижения ятрогенных рисков». В программе форума — 6 научных симпозиумов:

- молекулярно-генетические исследования опухолей;
- молекулярно-генетические исследования в клинике инфекционных заболеваний;
- минимально-инвазивные технологии на стыке хирургических специальностей;
- неотложная кардиология: от науки к практике;
- междисциплинарные подходы к наиболее распространённым заболеваниям женщин;
- клиническая психология и биометрические исследования в медицине.

Также в рамках форума состоится «круглый стол» на тему «Передовые медицинские технологии в медицине».

Насыщенная программа и актуальная тематика мероприятий позволяют надеяться на то, что форум привлечёт к участию и заинтересованному обсуждению научных работников, врачей, преподавателей медицинских вузов, будет интересным и полезным для всех участников.

Организатором форума выступил Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И.Евдокимова. Председателем организационного комитета форума является ректор МГМСУ профессор Олег Янушевич.

Исследования

Витамин D предохраняет от деменции

Международная группа исследователей установила, что дефицит витамина D в пожилом возрасте более чем вдвое повышает риск развития старческого слабоумия и болезни Альцгеймера.

Авторы проанализировали данные более чем о 1,5 тыс. американцев в возрасте 65 лет и старше, участвовавших в 1992-1993 и 1999 гг. в масштабном исследовании состояния сердечно-сосудистой системы. Все они в начале работы не страдали деменцией и сердечно-сосудистыми заболеваниями. Однако через 6 лет у 171 одного участника была диагностирована деменция, включая 102 случая болезни Альцгеймера.

В итоге было установлено, что умеренный дефицит витамина D в крови связан с 53%-ным, а тяжёлый дефицит — со 125%-ным повышением риска развития различных видов деменции.

Что касается болезни Альцгей-

мера, то здесь наблюдается аналогичная корреляция: умеренный дефицит витамина D связан с 69%-ным, а тяжёлый дефицит — со 122%-ным повышением риска развития этого вида деменции.

В ходе исследования был также выявлен пороговый уровень концентрации витамина D в крови, ниже которого происходит скачкообразное повышение риска нарушения когнитивной функции. Таким пороговым значением оказался уровень 50 нмоль/л.

Теперь учёным предстоит провести ряд клинических исследований для выяснения способности солнечных ванн, пищи, богатой витамином D, и пищевых добавок с этим витамином отсрочить или предотвратить наступление старческого слабоумия и болезни Альцгеймера. Стоит отметить, что ранее подобный эффект был обнаружен у витаминов группы В.

Борис БЕРКУТ.

По материалам Neurology.

Взгляд

Хирургия, обручённая с искусством

Британцы чтут память талантливых медиков

То, что в Англии умеют хранить память о людях, проявивших себя в разных областях деятельности, хорошо известно. Не являются исключением и медики. Судя по множеству посвящённых им мемориальных досок на стенах зданий, британцы почти так же чтут их не меньше, чем выдающихся писателей, политиков или артистов. Лишний раз и с неожиданной стороны убедиться в этом довелось, посетив недавно Холборн-Блумсбери – пожалуй, самый «медицинский» район Лондона.

Помимо Института по изучению рака, Британской медицинской ассоциации, Института неврологии и других учреждений, связанных с врачеванием, здесь больше 200 лет находится Королевский колледж хирургов. Перед входом туда привлекала внимание вывеска «Война, искусство и хирургия». Она извещала о выставке в залах расположенного в колледже музея, что был создан на основе анатомической коллекции, доставшейся в 1799 г. от знаменитого шотландского врача Джона Хантера, имя которого носит музей.

Экспозицию открывали две висащие рядом картины. Одна, под названием «Рождение пластической хирургии», была создана в 1916 г. Генри Тонксом. Другая изображала работу хирургической бригады в оборудованной по последнему слову современной операционной. Её автором являлась ныне здравствующая художница Джулия Миджли.

Картины соседствовали не случайно. Они открывали экспозицию в связи со 100-летием Первой мировой войны, повлёкшей беспримерное до тех пор в истории количество погибших, раненых и изувеченных. Генри Тонкс знал об этом не понаслышке и ничуть не преувеличил, назвав свою картину именно так. По изначальному образованию он был врачом, накопившим изрядный стаж, оперируя в двух лондонских госпиталях и преподавая анатомию в медицинской школе при одном из них. Обнаружив в себе склонность к живописи, он немало преуспел и в ней, став в ряд известных довоенных английских художников.

В 1914 г. Тонкс направился на фронт в должности хирурга, приписанного к Британскому Крас-



Генри Тонкс «Рождение пластической хирургии», 1916 г.

ному Кресту, сначала во Францию, затем в Италию. В военном госпитале он встретил Гарольда Джиллиса, впервые разработавшего методы лечения людей, лица которых обезображены огнестрельными ранениями и ожогами. К тому времени Тонкс, помимо звания капитана медицинской службы, получил ещё и статус официального военного художника. Работая в этом качестве, он и запечатлел с натуры момент первой пластической операции под руководством Джиллиса. Она была сделана рядовому Роберту Дэвидсону, у которого при ранении оторвало верхнюю губу и левую щеку. Благодаря операции, осуществлённой Джиллисом, он обрёл возможность не только снова говорить, но даже изъясняться с присущим ему акцентом.

Впоследствии Джиллис был признан основателем реконструктивной челюстно-лицевой хирургии, при обучении которой сегодня не обходится без его методик. А галерея рисунков и картин, сделанных Тонксом, даёт неподдельное представление о труде военных медиков и о том, с чем им приходилось тогда иметь дело. Изображения на них, надо признать, не для слабонервных.

С ними перекликались вывешенные напротив работы Миджли, специально выполненные ею почти

через 100 лет. Подобно Тонксу, она была прикомандирована как штатный художник к медико-реабилитационному центру Министерства обороны. Но запечатлённые ею сцены рассмотрены не только среди раненых военнослужащих, но и в учебном лагере в графстве Йоркшир, где тренируют военномедицинский персонал перед отправкой в Афганистан и другие зоны боевых действий, а также во время практических занятий в Королевском хирургическом колледже.

– Главная цель нашего проекта в том, чтобы отдать должное Тонксу, – сказала Миджли. – И заодно снять шляпу перед великим мастерством хирургов — как тогдашних, так и нынешних. Хотя хотелось бы, чтобы поводов применять его у них было как можно меньше.

Сам Тонкс не рассчитывал, что его работы когда-нибудь могут предстать перед широкой публикой, сказав, что «они являют слишком тяжёлое зрелище». Тем не менее сотрудники музея посчитали нужным создать с их помощью экспозицию, которая не только отражает хирургию как науку и искусство, но и вызывает заслуженное восхищение теми, кто виртуозно владеет ею.

Том ЗАЙЦЕВ,
соб. корр. «МГ».

Лондон.

Акценты

Толерантность к половым извращениям, как их величали столетиями, пропитала мировые государственные структуры и просочилась в здравоохранение. В 2017 г. ВОЗ опубликует очередную пересмотренную Международную классификацию болезней, где намеренно откажутся от категории психосексуальных заболеваний главы «Психические расстройства и расстройства поведения». По действующей МКБ-10 сексуальная ориентация не является нозологической структурой, но в главе перечислены заболевания, базирующиеся на сексуальной ориентации.

Толерантнее некуда

Рабочая группа по классификации сексуальных расстройств предложила полностью удалить из МКБ-11 раздел по совершенно объективным основаниям. В первую очередь метаанализ доказал, что ни в научной литературе, ни в клинической практике диагнозы из данной главы практически не используются, они не влияют на терапевтическую стратегию и в целом не несут ценной информации для общественного здравоохранения.

Вряд ли удастся таким способом искоренить «эгодистоническую сексуальную ориентацию», толкающую владельца на перемену пола, или «расстройство сексуального созревания», выливающееся в тревогу и депрессию, но писать это в истории болезни не станут.

Члены рабочей группы ВОЗ утверждают, что психические и психиатрические проблемы у людей гомосексуальной ориентации должны рассматриваться без использования кодов диагнозов, сохранение же этих категорий «может способствовать неэффективному и неэтичному лечению, направленному на принятие гомосексуальными людьми гетеросексуальной ориентации». Авторы рекомендаций считают, что без политически нетолерантной главы «Психические расстройства и расстройства поведения» МКБ-11 будет в большей степени соответствовать надлежащей клинической практике, принципам соблюдения прав человека и миссии ВОЗ.

Но клинических психиатров не остановили: Американская психиатрическая ассоциация признала психическим расстройством пристрастие к бесконечному фотографированию себя на мобильник, её специалисты намереваются инициировать включение этого

расстройства под названием «Селфи» в новую МКБ. Уже создана классификация по степени тяжести: «от трёх до шести» автопортретов. «Селфи» определяется как обсессивно-компульсивное расстройство, характеризующееся постоянным желанием фотографировать себя и выкладывать снимки в социальные сети, что компенсирует недостаток самоуважения. Лекарства от болезни не существует, как и от аналогичного заболевания – лудомании.

Лёгкое течение, что совершенно не обещает излечения патологического явления, диагностируется при трёхкратном за день автопортретировании, но без выкладывания фото в соцсети. Средняя степень тяжести наступает при желании выкладывания фотографии на всеобщее рассмотрение. Далее следует неконтролируемое желание фотографировать себя круглосуточно и размещать снимки в Интернете не менее 6 раз за день. Пока нет речи о проведении клинических испытаний радикального лечения – выбрасывание телефона куда угодно и навсегда. Некоторые полагают, что это нарушение следует отнести к скрытому эксгибиционизму.

Между тем страсть к выкладыванию автопортрета в социальную сеть уже не первый раз позволяет поставить диагноз и начать лечение. Не так давно 49-летняя дама, неоднократно отравляемая лечащим врачом восвояси с «признаками хронического стресса», во время очередного приступа сняла себя на камеру смартфона. После просмотра селфи не было сомнений в транзитном нарушении кровоснабжения головного мозга.

Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ,
обозреватель «МГ».

Осторожно!

Синдром одиночества

Одиночество и социальная изоляция являются столь же опасными для здоровья, как и ожирение, считают американские исследователи из Университета Бригама Янга.

Несмотря на то, что у пожилых людей выше вероятность быть одинокими и столкнуться с риском смерти, среди молодого поколения социальная изоляция представляет большую опасность для здоровья, чем среди старшего. Наиболее явно просматривалась связь одиночества и социальной изоляции с преждевременной смертью среди населения моложе 65 лет.

В исследовании были изучены результаты различных научных

работ в области здравоохранения. В целом выборка включала данные более 3 млн участников из исследований относительно одиночества, социальной изоляции и одиночного проживания.

Одиночество и социальная изоляция представляют собой разные понятия. Например, кто-то может быть окружён большим количеством людей, но чувствовать себя одиноким. Другие люди могут изолировать себя, потому что они предпочитают быть в одиночестве. Однако оба этих явления, как показало исследование, имеют негативное влияние на продолжительность жизни.

Алина КРАЗУЗЕ.

По информации medicinform.net

На заметку

Ходьба в течение всего одной минуты в сутки помогает снизить риск инфаркта и инсульта.

Об этом говорят результаты исследования, проведённое американскими учёными, в котором приняли участие более тысячи пожилых людей.

В ходе эксперимента выяснилось, что малоподвижные люди с помощью регулярной активности в течение хотя бы 1 минуты могут достичь снижения уровня артериального давления и холестерина. Лучше сохранять активность понемногу на протяжении всего дня, чем практиковать единовременные физические упражнения с последующим отдыхом, утверждают эксперты.

Так, по рекомендациям врачей Великобритании, необходимо 150 минут в неделю выполнять несложные физические упражнения, при интенсивной активности – 75 минут. Всего-то...

Ян РИЦКИЙ.

По информации Daily Express.

Минутка на здоровье



Об этой удивительной истории я узнал в 1984 г. в Волгограде. Будучи редактором областной молодежной газеты, работал в то лето по разнарядке ЦК ВЛКСМ в пресс-центре III фестиваля Дружбы молодежи СССР и ЧССР. И вот в музее обороны Сталинграда увидел ничем вроде не примечательные танковые часы. Тогда же занёс в записную книжку и рассказ экскурсовода. Впрочем, всё по порядку.

...В первый же день войны отец 6-летней смоленской девочки Ады Занегиной ушёл в составе танкового экипажа на фронт. А работавшая врачом мама Полина Терентьевна повезла в эвакуацию на Урал несколько сотен детдомовских детей. И тогда, наверное, малышка с косичками решила на совсем не детский поступок, чтобы помочь отцу-танкисту и всем, кто в пламени той страшной войны приближал победу.

Ещё до войны у Ады была мечта – накопить деньги на куклу, что она и начала делать. Но в селе Марьяновка Омской области, куда они эвакуировались, было не до этого. Дети и взрослые находили возможность собирать и отправлять бойцам на фронт посылки с тёплыми вещами. И вот Ада Занегина, умевшая писать только «по-печатному», отправила в редакцию «Омской правды» письмо. Трудно без слёз читать эти бесхитростные детские строки: «Я собрала на куклу 122 рубля 25 копеек. А теперь отдаю их на танк...» В письме содержалась и просьба к «дяде редактору, чтобы написал всем детям отдать свои деньги на танк... И назовём его «Малютка»...»

Газета напечатала тогда это детское письмо под традиционной рубрикой «Письма наших читателей». И редакцию «Омской правды» буквально завалили откликами. Письма от детей приходили мешками. Писали эвакуированные мальчишки и девочки из всех регионов страны. «Пусть наши папы громят фашистов танками, построенными на наши

К 70-летию Великой Победы

«Малютка» — от малютки...

Будущая врач копила в детстве на куклу, а купила... танк



Та самая девочка Ада Занегина

сбережения» – написал, например, один из сверстников. Деньги поступали почти ежедневно: рубли и даже копейки. В областном отделении Госбанка открыли спецсчёт, и так – всем детским миром – собрали весьма приличную сумму, которую отправили в фонд обороны страны.

Не будем, разумеется, наивными. Вся эта внешне детская кампания, конечно, подпитывалась усилиями мощной пропагандистской машины взрослых. Но факт остаётся фактом: и дети войны тоже готовили Победу, вовсе не делая скидки на возраст. Вспомним документальные кадры кинохроники: мальчишки, стоя на табуретках, вытаскивают на токарных станках «стаканы» боевых снарядов...

А однажды мама прочитала Аде письмо раненного под Ржевом солдата, который написал, что эта детская акция «вдохнула в него новые силы, он быстро пошёл

на поправку и вскоре вернётся в строй».

Была напечатана на страницах «Омской правды» и эта телеграмма: «Москва – Омск. Срочно. Прошу передать дошкольникам города Омска, собравшим на строительство танка «Малютка» 160 886 рублей, мой горячий привет и благодарность Красной Армии». Подписал эту телеграмму Верховный главнокомандующий маршал Советского Союза И.В.Сталин.

На те детские деньги построили танк Т-60, на броню которого нанесли надпись: «Ма-лют-ка». «Рулила» этим танком одна из немногих на всю Красную армию женщина-водитель Екатерина Петлюк. И в тяжелейших боях с октября 1942-го по февраль 1944-го «гвардии Катя», как любовно прозвали её сослуживцы,



Офтальмолог из Подмосквья А.Воронец



Такой танк подарили Красной армии дети воюющей страны

была удостоена 3 орденов и 12 медалей!

До Курской битвы искалеченная в боях «Малютка» не дотянула, и водитель оставила себе на память те самые часы из кабины танка. Как оказалось, на Курской дуге Екатерине Петлюк довелось воевать где-то рядом с отцом Ады Занегиной, для которого, увы, те бои оказались последними.

В моём домашнем архиве сохранилась старая газетная публикация о том, как 9 мая 1975 г. в Омске встретились бывшая танкистка и офтальмолог из Подмосквья Адели Воронец, та самая девочка Ада. В те годы поисковое движение юных было очень мощным. Это омские пионеры разыскивали доктора в городе Электросталь, телеграммой известив её о том, что с нею хочет встретиться механик-водитель «Малютки» Е.Петлюк. Вот тогда-то и свиделись сотрудница Одесского ЗАГСа и офтальмолог.

Плачущих от счастья встречи и пережитого, их долго возили по городу, и повсюду Адели Александровне дарили роскошных кукол как искупление за ту игрушку, которой так и не было в её детстве...

А поисковики Волгоградской области примерно в это же время ухитрились найти в одной из рек под слоем песка и ила точно такой же лёгкий танк Т-60. После подъёма на сушу и реставрации эта боевая машина стала одной из трёх сохранившихся ныне в России (это – из 6-то тысяч выпущенных в годы Великой Отечественной войны!).

Василий ШПАЧКОВ,
соб. корр. «МГ».

Волгоград – Брянск.

Фото из архива автора.

Далёкое — близкое

Там же, в Музее антропологии, находятся останки отца и жены В.Котельниченко. О его отце, Михаиле Фёдоровиче Котельниченко читаем в регистрационном журнале музея: «Служащий Синодальной типографии, известный российский интеллектуал XVIII века».

Останки Котельнических доставили в музей во время ликвидации московского Дорогомиловского кладбища. До недавнего времени там же находились останки и племянницы В.Котельниченко – Марии Фёдоровны Достоевской, матери знаменитого писателя. Её останки перевезли с уничтоженного Лазаревского кладбища. Ныне они находятся на временном хранении в одном из подмосковных храмов. Эксгумацию указанных останков проводил в 1934 г. антрополог и биолог М.Волоцкой. Позже он напишет научную книгу «Хроника рода Достоевского».

Таким образом, В.Котельницкий был двоюродным дедом великого русского писателя и мыслителя Ф.Достоевского. Младший брат писателя А.Достоевский вспоминает: «...Дедушка Василий Михайлович – великий знаток московских достопримечательностей, состоял в обществе «История и Древности Российские»... В частных прогулках по Москве он знакомил юного Фёдора Достоевского с памятниками Первопрестольной. Впечатление

Болезненное беспамятство

Останки родственников великого писателя должны быть преданы земле

В фондах НИИ и Музея антропологии им. Д.Н.Анучина Московского государственного университета уже 80 лет сохраняются останки Василия Котельниченко (1770-1844), известного фармаколога.

Профессор Московского университета, декан медицинского факультета, за успехи в медицинских науках получивший две серебряные медали, Василий Михайлович Котельницкий преподавал медицинскую химию, рецептуру и врачебную историю.

будущего писателя от «добрейшего дедушки Котельниченко» возможно воплотились в образе доктора Герценштубе в «Братьях Карамазовых».

А во время своего пребывания в семье Достоевских Василий Михайлович рассказывал о служении своего друга, врача Фёдора Гааза. В произведениях Фёдора Достоевского много героев, которые врачевали тело и душу человека. Да и его юность проходила близ Марининской больницы для неимущих и бездомных. Поэтому слова деда Василия Михайловича, что «у доктора Гааза нет отказа», вероятно, глубоко запали в душу будущего писателя. Достоевский мечтал написать книгу о Фёдоре Гаазе, но не успел.

В.Котельницкий почти все свои разговоры с близкими ему людьми и не только с ними вёл

«о подвигах и знаниях, послуживших непреложной чести наук врачебных». Он гордился своей дружбой с Гаазом, рассказывал, что со своими подопечными тот разговаривал как с братьями...». Ф.Достоевский завёл отдельную тетрадь. В неё он записывал философские мысли Гааза, чтобы использовать их в будущем романе. Неудивительно, что у арестанта Достоевского находят Евангелие на французском языке из коллекции Фёдора Гааза. Ему передали эту книгу перед отправкой на каторгу.

В 1930-е годы снесены могилы близких родственников Ф.Достоевского – «одного из самых известных в мире россиян». Это захоронения его родителей, обоих сыновей, первой жены, двух братьев, всех четырёх сестёр, дедушек и бабушек, внука и других. А в зарубежной Европе, к

Его очень любили студенты. Он также состоял учёным секретарём Московской медицинской академии и переводил научные работы зарубежных учёных-медиков. Был одним из издателей «Медико-физического журнала от Общества соискателей врачебных и физических наук». Некоторые его ученики, например Николай Пирогов, станут знаменитыми российскими врачами. О его научной и общественной деятельности написаны статьи, очерки и воспоминания.

слову, могилы его обеих дочерей и жены сына сохранились. Они находятся под патронатом местных властей. В этом варварском беспамятстве вина не только государственных структур, но и музеев, различных обществ и фондов Ф.Достоевского. Судите сами: в 1928 г. открывают Музей Ф.Достоевского в Москве, а через 6 лет недалеко от музея сносят Лазаревское кладбище и уничтожают могилы его родственников.

В наши дни большой участок бывшей территории Лазаревского кладбища передан храму Сошествия Духа Святого. Эта церковь была кладбищенской. Она сохранилась, её отреставрировали. Участок огорожен и охраняется. Там расположено и православное сестричество. Её члены работают в больницах и участвуют в патронажной

деятельности. Место исчезнувшей могилы матери писателя известно, оно указано в протоколе эксгумации её останков. Совершенно очевидно, что следует вновь захоронить останки М.Достоевской на этом месте, и инициативная группа для реализации этого предложения создана. А рядом с могилой матери писателя логично захоронить и останки её родственников Котельнических. Таким образом, на бывшем Лазаревском кладбище, в центре Москвы был бы создан некрополь семьи Достоевских. Это было бы достойным вкладом в череду мероприятий по излечению болезненного беспамятства по отношению к памяти великого писателя и его родственников.

Сергей ТЮЛЯКОВ,
член Союза журналистов Москвы.

Не может же быть столько рекламы по телевизору из-за какой-то там ерунды! – громко сказал Пётр Антонович Бороздина, поставил на пол недопитую бутылку пива и решительно встал с дивана.

– Ты куда так поздно? – спросила его жена Наталья Васильевна, увидев мужа в прихожей, писавшего что-то на бумаге.

– Я скоро! – ответил он, оделся и вышел на улицу.

С женой ему, скажем сразу, просто повезло: несмотря ни на что, она продолжала безропотно учить детей в начальных классах, к которым безуспешно причисляла и мужа, и к тому же была заботливой и хорошей хозяйкой.

Поворачивая за угол соседнего дома, где рядом с продовольственным магазином находилась аптека, Пётр Антонович поднял голову и увидел на небе звёзды, которые, как ему показалось, радостно перемигивались между собой. А может, и не между собой, а с таким же количеством аптек в их городе, которые находились почти в каждом доме. «И это правильно! – подумал он, – настоящая забота о людях!» Их аптека была не простая, а дежурная, куда можно было зайти даже ночью.

«И кто сюда ходит ночью?» – подумал он, приближаясь к аптеке, но сразу же как военный человек одёрнул себя и радостно подумал о наступившем в стране благополучии, когда всё делается исключительно для людей, для их блага и счастья. Так он привык не только думать, но и говорить своим подчинённым – солдатам за годы своей службы прапорщиком в стройбате железнодорожных войск.

Бросить курить, выйдя на пенсию, как обещал Пётр Антонович жене, не получилось. Если честно говорить, он и не старался, так как это скрашивало сплошное безделье. Кроме курения спасало пиво – благо его было полно теперь повсюду. На все случаи жизни в лексиконе отставного военного сохранилось несколько армейских фраз, ставивших теперь в тупик только его жену: «Доколе солдат не понял, повторить?», «Может, тебе ещё и от задницы отрезать?», «Так я вам прапор или где?», «Ну и что ты после того?»

Последнее время у Петра Антоновича появились проблемы: стремительно стал расти живот, появились боли справа в животе и горечь во рту. Связать это с действием пива ему не приходило в голову, так как все вокруг сосали его из банок и бутылок прямо на ходу – и ничего, были здоровы! «Не иначе, как перегиб шейки желчного пузыря», – вспомнил он модный нынче диагноз, вычитанный в справке жены. К врачу в поликлинику идти не хотелось, и он стал внимательно изучать телевизионную рекламу, что и привело его поздним вечером в аптеку.

В помещении пахло лекарствами, травами и какими-то

На литературный конкурс

«Бурда-рашен»



едва уловимыми женскими запахами. Подойдя к окошку, Пётр Антонович протянул туда свою бумажку с написанным на ней словом и сказал: «Дайте мне это!» Наклонившись, он увидел ярко накрашенную брюнетку.

– Кто вам это рекомендовал? – не заботясь о рецепте и проблемах покупателя, спросила она ночного посетителя.

– По телевизору каждый день говорят, вот и записал. А что, не правильно? – обеспокоился он.

– Нет, всё правильно, есть такой отечественный препарат, – ответила она. Конечно этот препарат неплохой. Но, может быть, вам лучше другой, импортный?

– Импортный? Нет, не надо нам никаких заморских товаров! Дайте мне это! – по-военному напористо сказал он и ткнул указательным пальцем правой руки с отрубленной в детстве ногтевой частью топором в принесённую им бумажку.

– Ну, воля ваша, – сказала продавщица и протянула ему коробку с желаемым лекарством.

– А что это вы всё импортное предлагаете? – спросил Пётр Антонович перед уходом и, наклонившись к окошку, игриво пропел где-то от кого-то услышанное: «Девушки! Поддержите отечественного производителя: не выходите замуж за иностранцев!» А от себя добавил: «Сейчас в нашей стране нужно быть патриотом, это модно! Телевизор нужно смотреть!»

– Какой там телевизор? – устало отмахнулась неотразимая брюнетка. Приползёшь домой поздно вечером, только бы побыстрее что-нибудь пожрать и спать! Даже не до сериалов, – она зевнула, посмотрев в след уходящему Петру Антоновичу...

– Давай, скорее садись. Инструкцию читать будем. Я лекарство классное принёс! По телику только и долдонят, – с порога заявил Пётр Антонович жене. – Все печёнки излечивает бесповоротно и окончательно! Может, и тебе поможет!

Уже беглое знакомство с аннотацией позволило ему восхититься поистине глубокой заботой о его здоровье со стороны производителей лекарств! Редко кто занимается такой благотворительностью в наше трудное время, когда человек как российский биологический вид вообще, да ещё и с присущими только ему болезнями, перестал интересоваться кого-либо и стал неприятен обществу своим нытьём и проблемами.

Первая фраза повергла Петра Антоновича в священный трепет перед отечественной наукой. Для лечения ему предлагались капсулы жёлтого цвета, 80% состава которых приходился на «сублимированно высушенные и функционально активные гепатоциты свиньи, сохраняющие функциональную активность и метаболизм, в том числе синтез альбумина и мочевины»!

Немой вопрос жены остался без внимания главы семейства, и он продолжил читать дальше. А дальше медицинские термины с новой силой ласкали слух.

Внутри капсулы находились аминокислоты, и их было много! Среди незаменимых («слово-то какое!» – небрежный взгляд через плечо в сторону вечно во всем сомневающейся жены!) находились валин, изолейцин, лейцин, лизин, метионин, треонин, фенилаланин и триптофан! Более того, там были и заменимые аминокислоты («а что? – пусть будут, есть-то не просят» – это уже аргумент к себе): аланин, аргинин, аскорбиновая

кислота, гистидин, глицин, глутаминовая кислота, пролин, серин, тирозин и цистеин! Название каждой аминокислоты Пётр Антонович произносил громко и отчётливо, по-военному, делая при этом многозначительные паузы между словами.

Дальше оказалось, что, видимо для густого навару, в капсуле содержалось 25,6% фосфолипидов. Приготовлены они из обычной и надоевшей всем в магазинах сои («в хороших продуктах даётся гарантия на её отсутствие», – промелькнуло в голове Петра Антоновича, но он отогнал эту мысль).

– Послушай, – сказала жена, – а гепатоцитов ведь уже было 80% и если их сложить с фосфолипидами, то будет уже больше 100%, чего не может быть!

«Вот так и вся жизнь прошла! – взяв паузу, подумал Пётр Антонович. – А если бы не характер жены, как говорила моя мать, мог бы к пенсии лейтенантом стать».

И продолжал читать инструкцию на повышенных тонах.

А читалось следующее: для обретения полного и устойчивого здоровья в капсулы добавлялись витамины А, Е, С, и В₁₂.

«А ведь витамины – это жизнь! Это я тоже где-то читал, – подумал хозяин инструкции, а значит, и хозяин положения. – Молодцы учёные!»

Дальше указывалось на наличие в содержимом капсулы холина и ферментов, но каких и сколько, не уточнялось. Однако уже одно слово «ферменты», которое Пётр Антонович отождествлял с заученным с первой же попытки использованием голубой таблетки под названием «виагра», заволаговывало само по себе и настраивало на положительные эмоции.

Под занавес восхищённый Пётр Антонович прочитал жене, размахивая дефектным указательным пальцем правой руки, что в состав капсулы было щедро добавлено множество солей: железа, калия, марганца, магния, меди, никеля, серы, фосфора и цинка! Тут уж не было никаких сомнений в правоте слов его матери, которая прожила всю жизнь в деревне и считала, что любое варево должно быть щедро посолено! «Вот и скажи после этого, что неграмотной была!» – с нежностью подумал Пётр Антонович.

– А упаковано-то, упаковано как! – радостно подытожил он и процитировал, что в состав оболочки капсулы входят желатин, пигмент титана диоксида Е 171, тропеоин, нипагин и нипазол!

Не поленившись, отставной военный подсчитал, что в состав

купленного снадобья входит около 40 составных частей!

– Это тебе ни какой-нибудь там пенициллин – пенициллин и всё! Или но-шпа. И больше ничего в них нет! Что с них взять? А тут сразу столько всего, что глаза прямо разбегаются! Ну и что, что дорого! Зато какая будет помощь уставшему от непомерных трудов организму! Вот настоящая забота о здоровье простого человека в наше непростое новое время!» – назидательно проговорил он, обращаясь к аудитории, роль которой по-прежнему выполняла его супруга Наталья Васильевна.

По правде говоря, он сам не понимал – в каком обществе живёт в настоящее время, но говорить и думать об этом не хотел и не умел. Приписки в самом низу мелким почерком о том, что «данные о фармакокинетике препарата отсутствуют» и «не является лекарственным средством» его уже не интересовали и не могли изменить радужного видения перспектив. Пётр Антонович бережно вложил инструкцию в упаковку, нежно её погладил и положил на центр стола.

После полученной информации и с чувством исполненного долга Пётр Антонович блаженно и умиротворённо засыпал с радостью в душе за заботу медиков о здоровье российской нации. Последнее, о чём он сердито подумал прежде чем уснуть, было следующее: «Доколе Нобелевский комитет не будет обращать внимание на колоссальные успехи российской медицины?» И, словно соглашаясь с ним, в его помутнённом пивом и наступающим сном сознании кто-то возмущённо трижды прокаркал голосом старого ворона: «Доколе, доколе, доколе!» и расхохотался.

«По данным экспертизы, 20-30% лекарств в нашей стране обладают неизвестным клиническим действием с неизвестной фармакокинетикой, недостаточной безопасностью, стоимость их не соответствует их эффективности», – сказал в это время человек из телевизора, представившийся сотрудником Совета Федерации.

«Да это же он про наши капсулы говорит! – дошло до сознания жены Петра Антоновича Наталья Васильевна. – Да ведь это же не лекарство, а какая-то мешанина беспросветная! «Бурда-рашен»! И какого чёрта он там делает, если всё понимает и допускает это безобразие?»

От неожиданного прозрения и ощущения того, что кто-то давно и незаслуженно её обманывал и продолжает это делать, Наталья Васильевна, в отличие от Петра Антоновича, долго ворочалась в постели и не могла уснуть.

Но в конечном итоге умиротворительная ночь накрыла обоих супругов своим тёмным пуховым одеялом, в котором они оба и утонули с головой с надеждой на завтрашний день. Смоленск.

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: Ю.БЛИЕВ, В.ЕВЛАНОВА, В.ЗАЙЦЕВА, А.ИВАНОВ, В.КЛЫШНИКОВ, Т.КОЗЛОВ, 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.: 8-916-271-10-90, 8-495-681-35-67. Рекламная служба 8-495-681-35-96, 8-925-437-53-98. Отдел изданий и распространения 8-495-681-35-96, 8-916-271-08-13. Адрес редакции, издателя: пр. Мира, 69, стр. 1, 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 7702036547, КПП 770201001, р/с 40702810738090106416, к/с 30101810400000000225, БИК 044525225 ОАО «Сбербанк России» г. Москва

Отпечатано в ЗАО «ПК «ЭКСТРА М» 143405 Московская область Красногорский район, г. Красногорск, автодорога «Балтия», 23 км, владение 1, дом 1.

Заказ № 15-02-00394
Тираж 31 192 экз.
Распространяется по подписке в России и других странах СНГ.

Корреспондентская сеть «МГ»: Благовещенск (4162) 516190; Брянск (4832) 646673; Кемерово (3842) 354140; Нижний Новгород (831) 4320850; Новосибирск (3832) 262534; 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 Министерством Российской Федерации по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций. Свидетельство о регистрации: ПИ № 77-7581 от 19 марта 2001 г. Учредитель: ЗАО «Медицинская газета».

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