

Медицинская

21 сентября 2016 г.
среда
№ 71 (7691)

Газета®

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

Работают мастера

Новая ожоговая хирургия

Её продемонстрировали кубанские комбустиологи



Первая в мире пересадка цельного кожного аутотрансплантата при лечении множества ожоговых рубцов была выполнена кубанскими хирургами. В результате пациент получил новое лицо.

Всю свою 20-летнюю жизнь Дильмрод – гражданин Таджикистана – провёл затворником. Его лицо было обезображено огромным ожогом, который он получил ещё в младенчестве. Сверстники дразнили парня, либо его избегали. Жуткая депрессия не покидала Дильмрода. Вера в чудеса современной медицины вдохновила юношу опубликовать свой крик о помощи в сети Интернет. Он был услышан на одном из российских телеканалов. Так о его проблеме узнала вся страна. Однако ведущие специалисты не спешили предлагать решение. Одни ссылались на уникальность случая и несовершенство современных методик. Другие предлагали длительные

Кубанские комбустиологи прокладывают новые пути в хирургии

многоэтапные операции, не дающие положительных косметических результаты. Третьи рассматривали вопрос о трансплантации лица, которая грозит серьёзным сбоем в иммунитете. Казалось, нет никакой надежды. И только кубанские комбустиологи протянули руку помощи.

Клиницисты ожогового центра Научно-исследовательского института – краевой клинической больницы № 1 им. С.В.Очаповского уже не раз удивляли российских и мировых коллег смелыми, эффективными способами лечения самых глубоких и сложных ожогов лица. И этот случай не оказался исключением. Руководитель центра Сергей Богданов предложил не идти привычным путём – закрывать каждый ожоговый рубец отдельным кусочком кожи, – но провести тотальное иссечение всех рубцов и пластику лица сразу, по-

средством одного цельного кожного участка. Такой аутотрансплантат можно было взять прямо с живота пациента. На осуществление задуманного ушло более 13 часов.

Сегодня можно смело утверждать, что новый метод лечения сработал. Кожный трансплантат прекрасно адаптируется. Правда судить о полной картине можно будет примерно через полгода. Что же касается Дильмрода, то и он, и его родные очень довольны результатом. Они безгранично благодарны кубанским врачам, которые, по их словам, совершили невероятное.

Так в мировой ожоговой хирургии было сказано новое решительное слово.

Дмитрий АНДРЕЕВ,
внешт. корр. «МГ».

Краснодар.



Иван АРТЮХОВ,
ректор Красноярского ГМУ
им. В.Ф.Войно-Ясенецкого,
профессор:
Первичная аккредитация – это своего рода испытание как для преподавателей, когда проводится независимая оценка знаний выпускников экспертами, так и для самих выпускников.

Стр. 7

Аркадий ВЁРТКИН,
заведующий кафедрой терапии,
клинической фармакологии
и скорой медицинской помощи
МГМСУ им. А.И.Евдокимова,
профессор:

Диагноз в поликлинике – необходимая и безальтернативная модель оптимизации диспансеризации.

Стр. 11



События

Взрослая поликлиника с детским присутствием

На обслуживание 50 тыс. пациентов рассчитаны мощности нового здания городской поликлиники № 42, распахнувшей двери жителям Санкт-Петербурга. По словам Татьяны Суровцевой, главного врача больницы № 20, куда структурно входит сменившее прописку поликлиническое отделение, с его вводом на просторных площадях учреждение получило полноценный диагностический центр. Наряду со специалистами общей врачебной практики здесь начнут вести приём узкие специалисты.

В целях автоматизации труда сотрудников медицинская регистратура обеспечена информационным оборудованием. Благодаря современной IT-начинке поликлиника будет включена в формирующуюся региональную систему идентификации посетителей ЛПУ, которая станет анализировать поступающие из медицинских организаций сведения о пациентах и устанавливать связи между врачебными записями.

Новый медицинский объект хорош тем, что учитывает ограниченные возможности маломобильных групп посетителей, а также пожелания родителей, кому не с кем оставить дома ребёнка на время визита к

врачу. В помощь мамам и папам обустроена детская комната, где им позволят оставить чадо и даже развлечут его.

Масштабное событие для Московского района Санкт-Петербурга, которого ждали давно, не обошёл вниманием губернатор Георгий Полтавченко. Он наведёлся в отделения амбулаторной хирургии, функциональной диагностики и физиотерапии, в палаты дневного стационара, тщательно осмотрел подготовленные к приёму пациентов помещения и дал им высокую оценку.

Владимир КЛЫШНИКОВ,
соб. корр. «МГ».

Санкт-Петербург.

Начало

Роддом самого высокого уровня

В подмосковном городе Балашиха на открытии нового родильного дома побывали министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова и губернатор Московской области Андрей Воробьёв.

Это один из первых родильных домов региона, специализированный под одну из важнейших и сложнейших проблем акушерства. Профиль работы учреждения – лечение невынашиваемости беременности и приём преждевременных, осложнённых родов, оказание медицинской помощи женщинам с синдромом потери плода и пациентам в послеродовом и послеоперационном осложнённом

периоде, где будут использоваться современные технологии, и оказываться высококвалифицированная медицинская помощь.

Роддом рассчитан на 140 коек, а женская консультация – на 200 посещений в смену.

Здесь планируют работать 4 кандидата медицинских наук, врачи в основном высшей и первой категорий, медицинские сёстры с богатым опытом. Весь врачебный состав и средний медицинский персонал имеют действующие сертификаты. Планируется, что Балашихинский родильный дом будет оказывать медицинскую помощь более чем 274 тыс. местным жительницам.

«Я от всей души хочу поздравить с открытием этого роддома, с возможностью выхаживания детей в тяжёлых ситуациях. Это тоже знак того, что в Московской области динамично развивается здравоохранение», – сказала В.Скворцова, акцентировав, что рождаемость в регионе за последнее время увеличилась в 1,5 раза, а смертность снизилась почти на треть.

Также в рамках мероприятия были переданы 20 новых автомобилей, закупленных за счёт средств федерального бюджета для подмосковных станций скорой помощи.

Василий СЕРЕБРЯКОВ,
МИА Сити!

Московская область.

КОМПЛЕКСНОЕ ОСНАЩЕНИЕ
ОПЕРАЦИОННЫХ БЛОКОВ

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

Новости

Ситуация с не гриппозными
заболеваниями — стабильная

В Омской области продолжается массовая и бесплатная вакцинация населения против гриппа.

По последним сведениям число привитых в Омске и сельских районах Прииртышья составило почти 18 тыс. человек взрослого населения. Среди них свыше 9 тыс. человек — работники здравоохранения, около 4 тыс. — педагоги и студенты высших и средних учебных заведений. И без малого 5 тыс. человек из групп риска. Всего же в регионе предстоит привить 791 тыс. человек, в том числе 250 тыс. детей.

По оценке эпидемиологической эффективности вакцинации против гриппа в Омской области в эпидсезоне 2015-2016 гг. показатель заболеваемости непривитых лиц превышал показатель заболеваемости привитых в 5,8 раза. Детей школьного возраста — в 15 раз, а посещающих дошкольные учреждения — в 7,5 раза.

Сейчас заболеваемость острыми респираторными вирусными инфекциями среди городского и сельского населения Прииртышья сохраняется на неэпидемическом уровне. И обусловлена она не гриппозными респираторными вирусами. Ситуация для конца летнего периода и начала осеннего обычная, заверили в региональном Управлении Роспотребнадзора.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ.

Омск.

Модульный ФАП «бизнес-класса»

В посёлке Михайлово Калининградской области открылся новый фельдшерско-акушерский пункт. Это немаловажное событие местного значения приурочили к 70-летию Гусевской центральной районной больницы, которое будет отмечаться на днях. Новый модульный ФАП — один из четырёх, запланированных к строительству на этот год в рамках реализации региональной программы «Развитие здравоохранения».

«На его монтаж и оснащение из регионального бюджета было направлено свыше 4 млн руб., — пояснила исполняющая обязанности министра здравоохранения области Людмила Сиглаева. — Как и на других подобных объектах здравоохранения, возводимых на селе, с проведением коммуникаций и благоустройством помогли местные власти».

ФАПу предстоит обслуживать около тысячи жителей 6 населённых пунктов. «Раньше у нас было совсем старенькое здание с тесными кабинетами, котелковым отоплением, без горячей воды, — рассказала заведующая ФАПом в посёлке Михайлово Татьяна Васина. — Теперь нам есть где принять наших пациентов — и взрослых, и деток. Горячая вода в любое время суток, отопление электрическое. Есть даже автономный электрогенератор на случай аварийных ситуаций».

«Мы продолжаем обновлять инфраструктуру наших медицинских организаций не только в Калининграде, но и по всему региону, — отметила руководитель областного Минздрава. — Важно, чтобы люди не чувствовали себя оторванными от областного центра и также могли получать качественную и доступную медицинскую помощь».

Л.Сиглаева обратила внимание на то, что новый ФАП открывается очень своевременно, так как в настоящее время проходит вакцинация населения против гриппа и пневмококковой инфекции. Глава ведомства выразила надежду, что жители понимают важность этой профилактической меры и придут на прививку в новый ФАП, тем самым сберегая своё здоровье и здоровье своих детей.

Инна СЕРГЕЕВА.

Калининградская область.

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

Деловые встречи

Из Москвы — по всей стране

Эндокринологи обсудили широкий круг самых актуальных вопросов

Специалисты городской клинической больницы им. Д.Д.Плетнёва Департамента здравоохранения Москвы приняли участие в Российском конгрессе по эндоурологии и новым технологиям с международным участием, проходившем в Ростове-на-Дону, где продемонстрировали своим коллегам уникальный опыт диагностики и лечения урологических пациентов в столичном регионе.

В работе научного форума приняли участие более 500 ведущих урологов и специалистов смежных специальностей из разных регионов России, а также иностранные делегаты из стран СНГ, Польши, Болгарии, Германии, Латвии, Англии, США, Швейцарии, Италии, Испании. В программе конгресса — научные доклады, «круглые столы», лекции, практические курсы, видеосессии. Участники обсудили актуальные вопросы эндоурологии.

Работу научного форума открыли главный уролог Минздрава Ростовской области профессор Игорь Абоян и президент Российского общества по эндоурологии и новым технологиям, заведующий урологическим отделением ГКБ им. Д.Д.Плетнёва профессор Алексей Мартов.



На самые дальние расстояния передаются манипуляции хирургов во время операции в режиме реального времени

Специалисты московского здравоохранения представили собственный уникальный опыт работы: современные методы визуализации в урологии, онкоурологии, лапароскопическую, рентгеноинтервенционную, малоинвазивную и эндоскопическую урологии.

В частности, профессор Мартов провёл три операции в режиме реального времени. Для участников конгресса — практикующих хирургов — столичные клиницисты про-

вели двухдневный мастер-класс с использованием тренажёров. Особое внимание в ходе мастер-классов было уделено современным высокотехнологичным методам лечения мочекаменной болезни и онкоурологических заболеваний.

Яков ЯНОВСКИЙ.

МИА Cito!

Москва.

Конференции

Как повышать качество?

В астраханском Федеральном центре сердечно-сосудистой хирургии прошла научно-практическая конференция «Качество медицинских услуг». На открытии конференции с приветственным словом выступила заместитель министра здравоохранения области Светлана Смирнова.

«Основным приоритетом деятельности регионального здравоохранения является повышение доступности и качества оказания медицинской помощи, — подчеркнула она. — Конференция, которую мы сегодня открываем, впервые проходит в таком составе. Специалисты различного профиля объединила проблема совершенствования нашей работы. И это

не случайно, так как этот вопрос многие годы остаётся одним из самых обсуждаемых. Подобные мероприятия призваны объединить всех специалистов для решения проблем системы здравоохранения».

На конференции собрались не только главные врачи и заместители главных врачей астраханских районных и городских медучреждений, но и представители Управления Росздравнадзора по Астраханской области, территориального фонда обязательного медицинского страхования и страховых компаний.

Вопросов, касающихся качества и безопасности медицинской деятельности, действительно много. Помимо этого, врачи ознакомились с результатами контроля сроков,

объёмов и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в Астраханской области. Аудитории представили лекции и доклады, отражающие современный подход к проблемам в сфере менеджмента и аудита качества медицинской помощи.

Также в конференции приняла участие зарубежный специалист Ольга Шибли — руководитель развития сотрудничества с Россией из Университета прикладных наук Северо-Западной Швейцарии, которая рассказала астраханским медикам об особенностях швейцарского здравоохранения.

Анна ЛЮБЕЗНОВА,
внешт. корр. «МГ».

Астраханская область.

События

В Калуге открылся ещё один перинатальный центр, строительство которого осуществлялось в рамках Программы развития перинатальных центров в Российской Федерации в 2014–2016 гг.

В торжественной церемонии приняли участие министр здравоохранения Вероника Скворцова и губернатор Калужской области Анатолий Артамонов.

Вероника Скворцова отметила высокий профессионализм медицинского и управленческого персонала: «Осмотрев центр, я не увидела никаких огрехов, что свидетельствует о высочайшем профессионализме тех, кто здесь работает, кто в деталях продумывал всё, что теперь здесь есть», — сказала министр.

Мощность открытого перинатального центра рассчитана на 160 круглосуточных коек.

Снизить младенческую
и материнскую смертность

Для его нужд закуплено около 4 тыс. единиц медицинского оборудования и инвентаря. В целях укомплектования центра медицинскими работниками руководством Калужской области была реализована целевая программа.

«Хочу отдельно отметить, насколько грамотно здесь спланирован медицинский городок. В этом сила междисциплинарности — здесь собраны специалисты практически всех направлений. Люди могут получить любую профессиональную меди-

цинскую помощь», — отметила министр.

Важно, что после ввода в эксплуатацию перинатального центра в области сформирована полноценная трёхуровневая система оказания медицинской помощи беременным женщинам, роженицам и новорождённым.

Кроме того, перинатальный центр будет выполнять организационно-методическую работу по вопросам развития акушерско-гинекологической и перинатальной помощи.

Совершенствование медико-

генетической службы области, расширение объёма новейших лабораторных и функциональных методов исследования беременных женщин, предотвращение рождения детей с аномалиями развития плода позволят в дальнейшем снизить смертность детей в возрасте до 1 года от врождённых аномалий.

Подводя итоги, министр отметила, что Калужская область в последние годы сделала очень существенный рывок в сфере здравоохранения. «Вам удалось на 36% снизить младенческую смертность. У вас

нулевые показатели по материнской смертности в 2015 г. и за неполный 2016 г. Их нужно стараться удерживать», — резюмировала В.Скворцова.

Ввод в эксплуатацию перинатального центра позволит улучшить качество и доступность медицинской помощи женщинам и новорождённым высокой степени риска и существенно снизить показатели материнской и младенческой смертности в регионе.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.
МИА Cito!

Калуга.

Из первых уст

За онлайн-витрину аптеки

Федеральная антимонопольная служба (ФАС) РФ поддерживает введение продаж лекарств в режиме реального времени стационарными аптеками. Однако выступает против виртуальных услуг относительно этого товара. Об этом заявил глава Управления контроля социальной сферы и торговли ФАС Тимофей Нижегородцев.

«Если аптека сделала сайт и предлагает в электронной форме ознакомиться с ценами и ассортиментом, в том случае, если граждане хотят доставить из этой аптеки лекарства, особенно, если

речь идёт о малоподвижных, болеющих гражданах – мы это, конечно, поддерживаем», – сказал Т.Нижегородцев на конференции «Поставщики и сетевой ритейл: практика эффективного взаимодействия».

Он напомнил, что Минздрав России разработал законопроект, регулирующий продажу лекарств через Интернет, с рядом требований для организаций, которые будут заниматься такой торговлей. В подготовке проекта участвовало и антимонопольное ведомство. Документ уже прошёл публичное обсуждение и направлен в правительство.

«Но это не интернет-торговля.

Интернет-торговля – это когда у вас сайт не привязан к аптечному учреждению, который предлагает нечто. Мы против реализации лекарственных препаратов таким способом, против виртуальных ресурсов, предлагающих виртуальные лекарства, которые при доставке вполне могут оказаться фальсифицированными или контрафактными. Поддерживаем онлайн-витрину аптечного учреждения, потому что оно несёт ответственность, осуществляет входной контроль, известен его адрес. Оно выполняет лицензионные требования», – указал глава управления.

Соб. инф.

Вехи

Конгресс «Янтарная осень»

В шестой раз подряд в Калининградской области открылся медицинский конгресс «Янтарная осень», организаторами которого традиционно выступают региональное Министерство здравоохранения, Балтийский федеральный университет им. Иммануила Канта, врачебная палата Калининградской области.

В этом году проведение конгресса совпало с 10-летним юбилеем медицинского института БФУ им. И.Канта, чему он и был посвящён.

«Сегодня наши общие усилия направлены на повышение доступности и эффективности оказания медицинской помощи, – подчеркнула на открытии форума заместитель министра здравоохранения региона Наталья Берездовец. – В практику вводятся новые современные методики и высокотехнологичное лечение, появляются специалисты – профессионалы своего дела. И наш мединститут, с которым мы все эти годы тесно взаимодействуем, безусловно, является кузницей кадров для региональной системы здравоохранения».

В течение двух дней участники конгресса демонстрировали свои наработки в практическом лечении и профилактике различных заболеваний. В рамках форума прошла работа секций для врачей разных специализаций.

Для молодых врачей представилась возможность пройти полноценное повышение квалификации по основным направлениям медицины, выслушать мнение своих более опытных коллег, которые пользуются заслуженным авторитетом в медицинском сообществе.

Юлия ИНИНА.

Калининградская область.

Здоровая жизнь

Не спортплощадка — настоящий стадион

В Омском психоневрологическом интернате торжественно открыли многофункциональную спортивную площадку с искусственным покрытием.

Это медико-социальное учреждение знаменито своей командой по игре в мини-футбол. Она много лет подряд занимает первые места в соревнованиях, которые проводятся между командами аналогичных медико-социальных заведений Сибирского и Дальневосточного федеральных округов. Дважды эти футболисты становились даже призёрами в европейских турнирах, которые проводились в Польше. Что очень неприятно поразило губернатора Омской области

Виктора Назарова, посетившего психоневрологический интернат в прошлом году, ведь специальной площадки для тренировок у футболистов не было. Мяч они гоняли, где придётся. Виктор Иванович дал поручение создать в интернате условия для занятий спортом. Что и было сделано.

Спортивный объект построили в рамках социального проекта «Газпром – детям», действующего в Омской области. И на новой спортплощадке теперь можно заниматься не только мини-футболом, а всеми видами спорта вплоть до хоккея. Почему её и назвали многофункциональной. Правда, с этим не согласился на её открытии

депутат Государственной Думы РФ Сергей Попов:

– Я бы не называл этот объект спортивной площадкой – это настоящий всепогодный стадион. Посмотрите, с каким качеством он сделан!

Торжественное открытие многофункциональной спортплощадки в Омском психоневрологическом интернате завершилось турниром по мини-футболу между командами Андреевского и Пушкинского домов-интернатов, Марьяновского психоневрологического интерната и Кировского детского дома.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

Подписка-2017

Началась подписная кампания

Уважаемые читатели!

В отделениях почтовой связи России началась подписная кампания на периодические издания на первое полугодие 2017 г.

Условия оформления подписки на «Медицинскую газету» вы найдёте в Объединённом каталоге «Пресса России – 2017».

Для быстрого оформления достаточно знать номер подписного индекса «МГ» в зависимости от желаемого периода:

50075 – на месяц;

32289 – на полугодие;

42797 – на год.

Физические лица могут подписаться на «МГ» и через редакцию по льготным ценам, направив заявку по электронной почте: mg.podpiska@mail.ru или по почте: **пр. Мира, 69, стр. 1, Москва, 129110.**

Справки по телефонам: **8-495-608-85-44, -681-3596, 8-916-271-0813.**

О подписке на электронную версию «Медицинской газеты» читайте на сайте www.mgzrt.ru

Инициатива

Министр подаёт пример

Министр здравоохранения Краснодарского края Евгений Филиппов привился против гриппа. Пока шла процедура, он рассказал журналистам о пользе вакцинации.

– Ответ на вопрос о том, прививаться или нет, для врача всегда очевиден. Профессионалы знают, что вакцинация – это самый надёжный способ уберечь себя и своего ребёнка от множества опасных инфекций. Поэтому я сам прививаюсь ежегодно и советую это делать своим близким и всем жителям края.

Он также отметил, как важно вовремя вакцинировать детей:

– Обязательно прививайте своих наследников! Не только против гриппа, но и против всех опас-

ных заболеваний. Подростающий организм особенно нуждается в мощной защите. В рамках Национального календаря прививок вашего ребёнка в поликлинике совершенно бесплатно защитят от 12 серьёзных болезней.

По сообщению Минздрава Краснодарского края, на сегодняшний день уже привито более 140 тыс. кубанцев. В этом году количество вакцинируемых лиц увеличено, планируется привить более 40% от численности населения края в рамках Национального календаря прививок. Этого более чем достаточно, чтобы создать так называемую иммунную прослойку и избежать эпидемии.

Аревик ТАМРАЗЯН.

Краснодарский край.

Криминал

Не всегда молчание — золото...



Эта история наделала много шума в Брянске. Испугавшись расставания с любимым, молодая женщина скрыла от сожителя свою опасную болезнь. В результате ВИЧ-инфицированным оказался и мужчина, которому теперь предстоит длительное лечение.

Впрочем, Светлана М. сама оказалась в своё время жертвой. Она уже успела побывать замужем, и поначалу души не чаяла в супруге. Доходило до того, что, отказывая себе порой в самом необходимом, щедро давала ему деньги на карманные расходы. Слепённая любовью, долго закрывала глаза на то, что супруг стал нередко возвращаться домой каким-то возбуждённым и с неестественно воспалёнными глазами. Оказалось, что благоверный успел «подсесть» на наркотики. А потом и вовсе «загрел» на несколько лет за решётку, ограбив кого-то в поисках денег.

Однако это обстоятельство вовсе не остудило чувство молодой жены, и она регулярно навещала супруга в колонии. Оказавшись на свободе, он попытался наладить жизнь, однако вскоре опять свернул на кривую дорожку. А потом сообщил Светлане, что заразился ВИЧ-инфекцией... Проведённые тогда же анализы дали положительный результат и у супруги...

В брянском Центре по профилактике и борьбе со СПИДом молодую женщину сразу же поставили на учёт и предупредили об опасности заболевания, об ответственности за сознательное заражение другого человека. Начав лечиться, Светлана понемногу успокоилась, устроилась на новую работу и решила, что ставить на своей жизни крест ещё рано. Тогда-то она и познакомилась с Денисом.

Их бурный роман продолжался около двух лет. Не раз Светлана

собиралась рассказать партнёру о своей болезни, однако опасалась, что он сразу же её бросит. Так боязнью стала понемногу её настойчивой и поистине страшной тайной. Но ведь шила-то в мешке не утаишь... Кто-то однажды позвонил по телефону Денису и предупредил его об опасности в случае продолжения отношений со Светланой.

Понятно, что вконец обескураженный и напуганный известием любовник потребовал объяснений. А после бурного вечернего разговора утром отправился сдавать соответствующие анализы. Увы, в начале этого года его пригласили вместе с сожительницей в Центр по профилактике и борьбе со СПИДом и сообщили, что мужчина тоже ВИЧ-инфицирован.

– Я так его полюбила, что очень боялась потерять, – объяснила своё поистине преступное молчание Светлана на следствии. – И вот до чего домолчалась...

А несостоявшийся муж написал заявление в правоохранительные органы, требуя привлечь пассивку к уголовной ответственности. Как пояснила помощник прокурора Бежицкого района Брянска Елена Мануйлова, 33-летней женщине предъявлено обвинение в заражении другого человека ВИЧ-инфекцией, хотя она знала о наличии у неё этой опасной болезни. За содеянное преступление предусмотрено уголовное наказание в виде лишения свободы на срок до 5 лет.

– В моей практике это – первый случай, в котором любовь довела молодую женщину до судебного разбирательства, – сказала Е.Мануйлова. – Но ведь недаром же говорят, что любовь зла...

Василий ШПАЧКОВ,
соб. корр. «МГ».

Брянск.



Совершенствованию качества подготовки кадров для здравоохранения было посвящено заседание рабочей группы Общероссийского народного фронта «Социальная справедливость». На нём эксперты народного фронта поддержали инициативу Минздрава России о необходимости планомерного повышения финансирования процесса подготовки студентов-медиков. Также с представителями Минобрнауки были обсуждены возможности совершенствования методико-технологической базы профильных вузов.

На площадке ОНФ собрались представители Минздрава России, Министерства образования и науки РФ, Комитета Госдумы РФ по охране здоровья, эксперты Народного фронта, чтобы обсудить исполнение поручения Президента, лидера Общероссийского народного фронта Владимира Путина о внесении изменений в госпрограмму «Развитие здравоохранения» и в порядок формирования госзадания для образовательных организаций высшего и среднего медобразования, предусмотрев их дополнительное финансирование. Данное поручение глава государства дал по итогам форума ОНФ «За качественную и доступную медицину!», прошедшего в сентябре прошлого года.

Отмечается, что Минобрнауки России ежегодно утверждает перечень и состав стоимостных групп специальностей и направлений образовательных программ высшего образования и подготовки научных кадров в докторантуре. В данном перечне определены три так называемые стоимостные группы специальностей и направлений подготовки, различия этих групп заключаются в стоимости обучения, заложенной на одного студента. В настоящее время специальности по здравоохранению относят ко второй стоимостной группе, финансирование которой предусматривает от 70 тыс. до 81,74 тыс. руб. на одного студента. Такие же средства направляются, к примеру, на подготовку инженера, библиотечка или же специалиста лесной отрасли. Очевидно, что подготовить студента-медика значительно дороже, в том числе из-за обучения на специальном высокотехнологичном симуляционном оборудовании, стоимость которого для медицинского вуза составляет около 400 млн руб., а на расходные материалы требуется ещё дополнительно до трети от этой суммы в год.

Поэтому эксперты предлагают перевести медицинское образование в третью стоимостную группу, что позволит увеличить подушевое финансирование обучающихся более чем на треть – до 114–133,74 тыс. руб. В целом переход специальностей по здравоохранению в третью стоимостную группу позволит дополнительно получать почти 5,7 млрд руб. на обучение студентов медвузов ежегодно.

«Наша главная цель – обезопасить пациента от врачебных ошибок. Для этого студенты-медики и проходят обучение на симуляционном оборудовании. За последние 6 лет были пересмотрены стандарты

Кагры

На подготовке врача экономить нельзя!

Инициатива Минздрава России поддержана ОНФ



Чтобы создать вузовский симуляционный центр, в среднем необходимо 450 млн руб.

медицинского образования: семинарские часы были заменены на обучение на симуляционном оборудовании. В настоящее время зачастую такое оборудование, которое является очень дорогим, приобретается за счёт коммерческого набора студентов, но этих средств не хватает, так как 90% студентов в медвузах, ведомственных Минздраву России, обучаются за счёт бюджетных средств. Перевод специальностей по здравоохранению из второй в третью стоимостную группу позволит закупать тренажёры для студентов, расходные материалы для их обучения и оплачивать работу преподавателей», – сообщила директор Департамента медицинского образования и кадровой политики в здравоохранении Минздрава России Татьяна Семёнова.

Она напомнила, что в июне Министерство здравоохранения РФ направило письмо в адрес Минобрнауки России с предложением о переводе специальностей по здравоохранению в третью стоимостную группу, однако ответа от чиновников системы образования пока не последовало. На экспертном совещании, организованном ОНФ, представители Министерства образования и науки РФ высказали свою точку зрения по этому поводу.

«Наше ведомство сегодня недополучает 15% денежных средств на реализацию госзадания по

обучению всем специальностям. Кроме того, у нас много заявок на перевод в третью стоимостную группу других специальностей, в частности по информационной безопасности», – заметил заместитель руководителя Департамента государственной политики в сфере высшего образования Минобрнауки России Сергей Пилипенко. Он отметил, что переводить все специальности, на которые приходят заявки, в третью стоимостную группу возможности нет.

Руководитель рабочей группы ОНФ «Социальная справедливость», председатель общественной организации «Федерация независимых профсоюзов России» (ФНПР) Михаил Шмаков отметил, что необходимость в увеличении финансирования специальностей по здравоохранению назрела давно, поскольку речь идёт о здоровье граждан, и перевод медиков на более дорогое обучение отражено в поручении Президента РФ. Он предложил направлять на обучение студентов-медиков и на повышение квалификации практикующих врачей, в том числе суммы штрафов, наложенных на медицинские учреждения страховыми медицинскими компаниями.

Председатель правления Ассоциации медицинских обществ по качеству медицинской помощи и медицинского образования (АСМОК), ответственный секре-

тарь Российского общества по организации здравоохранения и общественного здоровья Гузель Улумбекова подчеркнула, что вложение в подготовку медицинских кадров впоследствии может окупиться в семь раз. Это, объяснила она, обусловлено тем, что хорошо подготовленный специалист сможет оказать пациенту более качественную помощь на более ранних стадиях заболевания, что в свою очередь приведёт к снижению смертности населения и последующему сокращению расходов на высокотехнологичную медицинскую помощь.

В нашей стране уже созданы отечественные аналоги высокотехнологичного симуляционного оборудования для медицинских студентов, и оно значительно дешевле, чем зарубежное. Так, чтобы создать симуляционный центр, в среднем необходимо 450 млн руб., но некоторые отечественные вузы при закупке российского оборудования смогли сэкономить около 70 млн.

«Повышение качества подготовки и квалификации медицинских кадров – высокоэффективная статья расходов в системе здравоохранения. Это связано с тем, что предотвратимые ошибки медицинского персонала приносят колоссальный урон. Например, в США от этой причины погибают как минимум 210 тыс. пациентов, или 8% от всех умерших. Если экстраполировать

эти данные напрямую на РФ, то это не менее 150 тыс. человек, что сопоставимо с числом умерших от внешних причин в 2015 г. (164 тыс. человек)», – сказала Г. Улумбекова.

Эксперт ОНФ, депутат Госдумы РФ Разиет Натхо, подчеркнула, что вопрос о переводе медспециальностей, в частности клинической медицины, в третью стоимостную группу нужно рассматривать приоритетно. «Переход может осуществляться постепенно: в этом году – наиболее значимые специальности, в следующем – остальные. Главное – запустить процесс. Сомнений в том, что тянуть с этим нельзя, нет», – сказала она.

Подводя итоги встречи, эксперты договорились о том, что в ближайшее время Минздрав и Минобрнауки России проработают вопрос о поэтапном увеличении базового норматива затрат на оказание госуслуг по подготовке студентов медвузов, предусмотрев ежегодный прирост указанного норматива на 10%. Минздрав России должен определить приоритетные медицинские специальности, которые в первую очередь будут переведены в третью стоимостную группу. Средства будут направлены именно на подготовку таких студентов и преподавателей по этому направлению, а также на приобретение расходных материалов для этого оборудования.

Член Центрального штаба ОНФ, заместитель руководителя Исполкома ОНФ Наталья Костенко предложила, учитывая что симуляционное медицинское оборудование очень дорогое и перевод медобразования в третью стоимостную группу полностью не покрывает затраты на его приобретение, выделить покупку такого оборудования в отдельную федеральную программу и включить в программу нового национального проекта в сфере здравоохранения, формирование которого сейчас обсуждается. С этой целью ОНФ обратится в Совет при президенте РФ по стратегическому развитию и приоритетным проектам после того, как Минобрнауки и Минздрав России вместе с экспертами ОНФ сформируют финансовое и методическое предложение в этой сфере.

«Думаю, что на площадке ОНФ мы ещё неоднократно обсудим эту проблему и пути её решения. И следующая встреча состоится уже в ближайшее время. В данном случае важно работать в том числе на перспективу – продумать механизм работы и предусмотреть возможные источники финансирования. ОНФ выработает предложение, как повысить качество практической подготовки студентов-медиков. Здоровье граждан – в приоритете социальной политики нашей страны, и, безусловно, мы должны сделать всё для того, чтобы студенты медвузов получали все необходимые навыки, чтобы в будущем быть достойными представителями профессии врача не только в рамках нашей страны, но и всего мира», – подытожила Н.Костенко.

Иван ВЕТЛУГИН.
МИА Сити!

Особый случай

Пожилая женщина из Австралии предпочла лечиться от рака в Пермском крае. Прилетев с другого континента, пациентка обратилась в Пермский краевой онкологический центр.

Оказалось, жительница Австралии ранее работала врачом-невропатологом. После выхода на пенсию местные специалисты обнаружили у неё рак молочной железы. Они провели операцию и удалили опухоль, но раковые клетки уже распространились на другие внутренние органы. Было необходимо более широкое лечение – удаление поражённых тканей

и последующий восстановительный курс.

«Австралийские коллеги предложили ей пройти операцию и курс лечения, но по разным причинам этот вариант её не устроил. До переезда на другой материк женщина работала врачом и у нас, в Перми, знала про онкологический центр, поэтому приехала к нам», – говорит оперировавший пациентку

врач, заведующая хирургическим отделением краевого онкологического диспансера Зинаида Руди.

Пермские врачи провели обследование. Оказалось, что у пациентки поражены лимфатические узлы. Операция по их удалению длилась больше часа и прошла успешно – женщину удалось спасти от дальнейшего распространения рака. За рубежом подобные

операции стоят свыше 10 тыс. евро. В Перми операция и курс дальнейшего лечения обошлись жительнице Австралии немного дешевле.

Как сообщили в Министерстве здравоохранения Пермского края, в регионе есть такое же оборудование для лечения онкологических заболеваний, как в Москве. Для граждан Российской Федерации

лечение онкологических заболеваний проводится бесплатно, по медицинскому полису. Так как пациентка – гражданка другой страны, ей по закону предоставлялось только платное лечение.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.
МИА Сити!

Пермь.

Спасли коллегу из Австралии

Ситуация

На прежний лад?

Вызовы педиатров на дом не отменяются. Пока...

Совсем недавно главный педиатр Минздрава России академик РАН Александр Баранов заявил, что следует пересмотреть систему работы участковых педиатров. В частности, освободить их от вызовов на дом к пациентам, по крайней мере в крупных городах. Доктор привёл в пример другие страны, где такой практики нет, и аргументировал свою позицию тем, что в клинических условиях врач имеет гораздо больше возможностей диагностировать заболевание маленького пациента и провести лечение. А доставить ребёнка в больницу родители могут и самостоятельно, за исключением особых случаев. Данное заявление вызвало беспокойство в среде родителей и активно обсуждается в обществе.

«Никаких инициатив по отмене оказания медицинской помощи участковыми педиатрами на дому Министерством здравоохранения РФ не готовится. Комментировать суть данных предложений до их детального обсуждения как в профессиональном медицинском, так и в пациентском сообществах полагаем преждевременным», – заявил на этот счёт пресс-секретарь министра здравоохранения РФ, директор Департамента общественного здоровья и коммуникаций Минздрава России Олег Салагай.

«В Западной Европе и США действительно отсутствует практика вызова на дом врачей во всех ситуациях, – высказалась на этот счёт директор института экономики здравоохранения Высшей школы экономики Лариса Попович. – Когда болеет ребёнок, это происходит ещё реже. Родителям предлагают либо вызвать «скорую», которая отвезёт ребёнка в клинику, либо самостоятельно его туда доставить, потому что у всех есть автомобили, там прекрасные дороги. Эта практика занимает всё большее место в умах наших экспертов, которые считают, что нужно отказаться от затратной системы похода доктора на дом и перейти к самостоятельности и ответственности людей. Всё это было бы хорошо, если бы мы жили в маленькой Дании или Норвегии, где развита дорожная сеть и от-



И сегодня родители не всегда могут быстро доставить ребенка в клинику...

носительно небольшие расстояния. Однако на просторах нашей страны далеко не каждый родитель может позволить себе довезти в больницу больного ребёнка. На себе он повезёт? Не у всех есть машины».

Л.Попович также заметила, что вызов к ребёнку «скорой» в ситуации, когда родители не могут отвезти его в больницу, – это ещё дороже. То есть даже с точки зрения расходов государства

неоправданно – один вызов «03» стоит примерно как три визита педиатра. «С экономической точки зрения мы теряем очень большие деньги. Вопрос надо ставить по-другому: станет ли лучше здоровье

наших детей, если мы перестанем это делать? Думаю, мы больше потеряем. Сложившаяся в России практика вызова врача на дом была обусловлена спецификой нашей жизни. Это очень чувствительная сфера. И вся система организации здравоохранения в нашей стране сложилась неслучайно. Ломать её в одночасье, пытаясь повторить модели западных стран, которые развиваются в совершенно других условиях, с моей точки зрения, неправильно. Надо дополнять практику вызова на дом практикой удалённых консультаций», – считает Л.Попович.

По её мнению, менять надо сам формат таких визитов: не каждый раз надо идти к ребёнку домой, многие вопросы можно решить дистанционно. Однако есть случаи, когда действительно необходимо, чтобы специалист прибыл к ребёнку.

В свою очередь, вице-президент Национальной медицинской палаты Наталья Аксёнова подчеркнула, что каких бы затрат ни стоили государству вызовы на дом к детям, отменить их невозможно. «Помощь, которую окажет врач-педиатр на дому не оценить никакими деньгами. Я против того, чтобы рассуждать в категориях – выгодно это или не выгодно с финансовой точки зрения. И нам ещё очень далеко до того, как работают за рубежом наши коллеги. Надо увеличить финансирование хотя бы в два раза, чтобы поднимать такие вопросы. Сегодня говорить об этом, полагаю, несвоевременно».

Алина КРАУЗЕ.

Фото Юрия ЛУНЬКОВА.

Перспективы

Исполняющий обязанности губернатора Ульяновской области Сергей Морозов побывал в областной клинической больнице, где ему продемонстрировали пилотный проект по внедрению инновационной PACS-системы. Эта технология даёт возможность проводить виртуальное трёхмерное обследование внутренних органов пациента во время обычного компьютерного исследования, вплоть до виртуального планирования операций.

«Развитие информационных технологий должно положительно сказываться на повседневной жизни. Нужно сделать всё, чтобы новейшие разработки этой отрасли вошли в нашу повседневную практику, помогли решить множество застарелых проблем, в том числе в медицине, – сказал глава региона. – Это неэффективная трата времени персонала из-за обилия бумаг, которые приходится заполнять вручную, длинные очереди и прочее. Сегодня мы увидели, что информационные технологии помогают врачам не только в диагностике заболеваний, но и в планировании операций. Для нас это очень важно, потому что за каждым таким моделированием стоит судьба человека и сохранение его здоровья».

Система для передачи и хранения медицинских изображений PACS (Picture Archiving and Communication), которая апробирована и внедрена во врачебную практику в Ульяновской областной клинической больнице, позволяет обеспечить сохранность данных

«Губернаторский» вклад в диагностику

Глава Ульяновской области внимательно следит за внедрением новых технологий в медицину

пациентов в электронной форме, сравнивать все изображения из истории болезни одновременно.

«PACS-система даёт возможность эффективнее использовать оборудование, повышать качество диагностики, облегчать работу врачей и оперативно принимать решения относительно тактики ведения пациента. В тестовом режиме уже сделано около 6 тыс. цифровых изображений, система вышла на плановую мощность. Так, недавно к нам поступил пациент с аневризмой головного мозга, которая несла серьёзную угрозу его здоровью. С помощью новой системы врачи вовремя её обнаружили, затем эндоваскулярные хирурги с помощью специальных микроспиралей убрали аневризму. Данный метод малоинвазивный, операция не требует вскрытия черепа, уже через несколько дней пациент имеет возможность вернуться к своему обычному ритму жизни. Таким образом, врачи могут спасти пациентов от глубокой

инвалидности или летального исхода», – отметила советник при губернаторе Ульяновской области по направлению «Здравоохранение», председатель регионального отделения Национальной медицинской палаты, главный врач Ульяновской областной клинической больницы Валентина Караулова. К PACS-системе подключены компьютерный и магнитно-резонансный томографы, рентгеноаппараты, ангиографы. Доступ к цифровому архиву возможен с любого специально оснащённого рабочего места, находящегося в закрытой корпоративной сети. Таких рабочих станций в УОКБ более 270.

Также Сергей Морозов провёл на базе областной клинической больницы совещание по информатизации здравоохранения.

«Сегодня все медицинские организации объединены в единую защищённую корпоративную сеть передачи медицинских данных. Информация о пациенте становится доступной каждому врачу,

работающему в этой системе, что даёт возможность оказания дистанционных медицинских консультаций, врачебных консилиумов. Ульяновская область имеет опыт удалённого консультирования пациентов, в том числе с использованием возможностей федеральных центров Москвы, Казани, Санкт-Петербурга. Ряду регионов не удалось с первого раза внедрить эту систему, и многие из них приняли решение пойти по пути Ульяновской области. Наш опыт получил применение в Ненецком автономном округе, в Ингушетии, в Крыму. В Ульяновской области во всех 87 подведомственных медицинских организациях установлено коммуникационное и компьютерное оборудование. Оборудовано более 4 тыс. автоматизированных мест врача, в планах создать ещё тысячу, преимущественно в сельской местности», – отметил заместитель председателя правительства – министр здраво-

охранения Ульяновской области Павел Дегтярь.

«В настоящее время медицинское оборудование, как правило, цифровое, по этой причине актуальным становится вопрос создания компьютерной сети, которая позволит объединить поток диагностических изображений в единую информационную систему. Мы применяем такую программу, которая уже широко внедряется за рубежом и только начала появляться в России. Сейчас мы можем исследовать полые органы, например, толстую кишку, бронхи, которые не видны на обычном рентгеновском изображении. С помощью новой программы мы эту картинку можем делать объёмной и рассматривать с разных сторон как внутри, так и снаружи. Это неоценимая помощь при диагностике онкологических заболеваний кишечника и бронхиального дерева. Лучевая нагрузка при таком скрининге на организм очень мала. Мы уходим от изучения обычных рентгеновских снимков на плёнке к изучению изображений, которые подверглись высокой цифровой обработке. При наличии PACS-архива передача снимков между учреждениями осуществляется в течение нескольких минут, оценить состояние пациента и установить диагноз часто можно на расстоянии», – пояснила заведующая центром лучевой диагностики и главный специалист по лучевой диагностике Минздрава области Татьяна Куракина.

Виктория ГУРСКАЯ,
внешт. корр. «МГ»

Ульяновск.

В Южно-Сахалинске состоялась конференция Профсоюза работников здравоохранения Дальневосточного федерального округа. Участие в работе окружной конференции, организованной в этом году на базе Сахалинского обкома Профсоюза работников здравоохранения РФ, приняли председатели региональных организаций профсоюза здравоохранения Амурской, Магаданской, Московской областей, Камчатского, Приморского и Хабаровского краёв, Республики Саха (Якутия). На мероприятия, проходившие в рамках конференции, были приглашены председатели первичных профсоюзных организаций медицинских учреждений Сахалинской области, руководители регионального министерства здравоохранения.

Открывая работу конференции, представитель центрального комитета Профсоюза работников здравоохранения РФ в ДФО Тамара Беспалова отметила, что профсоюз работников здравоохранения – одна из крупнейших организаций, входящих в состав Федерации независимых профсоюзов России, объединяющая на сегодняшний день более 2 млн членов профсоюза.

– В нашей отрасли в последние годы появилось много проблем – идёт реорганизация, оптимизация. Однако профсоюз здравоохранения делает всё возможное для улучшения социально-экономического положения работников

Проблемы и решения

Сделать всё возможное

Сахалинский профсоюз укрепляет свои позиции



На профсоюзной конференции состоялся откровенный и доверительный разговор

здравоохранения, – сказала в своём выступлении Т.Беспалова.

Именно обмен опытом решения актуальных проблем стал ключевым в ходе проведения конференции. Кроме того, участники мероприятия дали оценку деятельности профессиональных союзов в сфере здравоохране-

ния, обсудили перспективы и направления дальнейшей работы.

На конференции обсуждались актуальные проблемы, возникающие в лечебных учреждениях и у медицинских работников ДФО – от кадровых проблем до перехода на новую систему оплаты труда и результатов про-

ведения в учреждениях специальной оценки условий труда. Были подняты вопросы укрепления профсоюзных организаций всех уровней, совершенствования информационной работы. В этой связи особо актуальным было выступление Владимира Беспяткина, заместителя председателя

Московской областной организации профсоюза работников здравоохранения, рассказавшего участникам мероприятия о первых мобильных приложениях, разрабатываемых профсоюзной стороной с целью развития оперативной обратной связи между профсоюзами всех уровней.

В ходе дискуссий, прошедших в рамках конференции, её участники сформулировали ряд предложений, направленных на улучшение ситуации в сфере здравоохранения. Текст обращения, содержащего перечень этих предложений, подписанный представителями профсоюзов Дальнего Востока, будет направлен в высшие органы власти Российской Федерации.

Участники конференции с целью обмена опытом посетили Сахалинский областной онкологический диспансер, где встретились с главным врачом и коллективом. В рамках мероприятия состоялись также поездки в медицинские учреждения Невельска и Холмска.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Южно-Сахалинск.

События

В рамках VII Яцковских чтений во Владивостоке прошла конференция, посвящённая трезвому образу жизни и профилактике алкоголизма и наркомании. В зале нового корпуса Тихоокеанского государственного медицинского университета собрались врачи-наркологи, психологи, а также представители Русской православной церкви. Конференция стала очередной площадкой для поиска взаимодействия между медициной и религией для обеспечения психического здоровья населения. Организатором выступил Илья Ульянов, заведующий кафедрой психиатрии и неврологии, доктор медицинских наук, профессор.

Врачи и церковь объединяются

Вместе они решительно выступают против алкоголизма и наркомании

– Перед наркологией стоят очень большие задачи, которые могут решаться только совместно, – отметил И.Ульянов – Поэтому этот конгресс проходит под эгидой администрации Приморского края, Департамента здравоохранения, кафедры психиатрии и неврологии ТГМУ, краевого наркологического диспансера, а также РПЦ и Национального наркологического общества, представители которого специально прилетели из Москвы. Сегодняшняя конференция – лишь маленький срез огромной повседневной работы, которую выполняют многие люди для того, чтобы наше общество было благополучным. Возможно, где-то у медицины и у церкви бывают разные взгляды на некоторые вопросы, но, несмотря на это, нам очень важно искать точки соприкосновения и активно сотрудничать друг с другом, чтобы сообща помогать людям, попавшим в беду.

Такая конференция, на которой вместе собираются представители медицинского сообщества и представители церкви, про-

водится впервые. Однако приморские врачи уже не первый год взаимодействуют с РПЦ, что позволяет эффективнее решать общие проблемы.

– В наркологии выздоровление всегда связано с духовной составляющей, – рассказал Аркадий Юхименко, главный врач Приморского краевого наркологического диспансера. – Представители православной церкви очень активно участвуют в реабилитации наших больных, в профилактике зависимостей, помогают оздоровлению общества в целом. Мы наблюдаем снижение количества пациентов, которые находятся на динамическом наблюдении, также снижается количество психозов, вызванных употреблением алкоголя. В целом это положительные тенденции. В приоритете у нас всегда была профилактическая работа, важно разъяснить населению причины алкогольной зависимости, чтобы люди могли выбрать правильную модель поведения и обезопасить себя от заболевания алкоголизмом.

На конференции присутствовал

викарий Владивостокской епархии, кандидат исторических наук епископ Иннокентий. В своей приветственной речи он выразил надежду, что инициатива популяризации трезвости, с которой всегда выступала Русская православная церковь, найдёт поддержку в научной среде.

С докладами на конференции выступили как представители медицинского сообщества – психиатры и наркологи, так и деятели РПЦ, занимающиеся реабилитацией людей с зависимостями. Протоиерей Александр Талько заострил внимание аудитории на том, что сегодня слово «трезвость» не воспринимается многими в положительном ключе, поэтому пропаганда здорового образа жизни также должна сочетаться с духовным развитием общества.

Стоит отметить, что в 2015 г. общее число зарегистрированных потребителей алкоголя в Приморском крае снизилось до 29 271 человека, в 2014 г. их было 30 978 человек. Ежегодно увеличивается число пациентов, не употребляющих алкоголь после лечения в наркологическом диспансере. На 6% в этом году в регионе снизилась смертность от отравлений алкоголем и его суррогатами.

Николай ИГНАТОВ.

Владивосток.

Тенденции

Приём ведут «вахтовики»

Их встречают с распростёртыми объятиями

Скоро исполнится 6 лет, как врачебные бригады Омского областного клинического медико-хирургического центра (КМХЦ) выезжают в сельские районы, чтобы оказать медицинскую помощь местному населению. Буквально на днях одна из таких бригад, в составе которой терапевт, кардиолог, невролог, гинеколог и врач УЗИ-диагностики, вернулась из Тевризского района, раскинувшегося по обоим берегам Иртыша на севере Прииртышья.

Особенно медиков ждали на правом берегу могучей сибирской реки. Из-за снежных зим и мощных весенних паводков деревни и сёла здесь по полгода остаются отрезанными от «большой земли». Самое проблемное из этих поселений – деревня Фёдоровка. Весной сюда не смог пробраться даже полноприводный автомобиль «КамАЗ» из Центральной районной больницы, оборудованный мобильной флюорографической установкой. Да и элементарное посещение терапевта, а уж тем более поездка в поликлинику районцентра на консультацию к узкому специалисту для местных жителей чаще всего попросту невозможна. Поэтому врачей из КМХЦ здесь ждут с нетерпением, и каждый раз встречают, как говорится, с распростёртыми объятиями.

– Впрочем, нас везде и всегда очень хорошо принимают, – рассказывает заведующий отделением терапии КМХЦ Сергей Мусин. – Многие сельские жители не только Тевризского, но и соседствующего с ним Тарского

района уже лечились у нас. Немало и тех, кто знаком даже с главным врачом нашей клиники, – Вадим Григорьевич Бережной как депутат Законодательного собрания Омской области от этих северных районов часто приезжает на встречи с селянами, чтобы помочь им в каких-то делах, разрешить те или иные проблемы. Бывает, он и медосмотры проводит, консультации...

В малых деревнях каждый специалист выездных врачебных бригад КМХЦ принимает в среднем до 20 человек в день. В больших – до 40. Особенно большая нагрузка у врачей УЗИ. Во всех населённых пунктах северного Прииртышья приём ведётся до последнего пациента. В основном за медицинской помощью обращаются женщины, а среди заболеваний чаще всего встречаются ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия и жёлчнокаменная болезнь. Недуги эти серьёзные, поэтому страдающим ими часто выдаётся направление на госпитализацию. Сейчас, например, едва врачебная бригада вернулась из Тевризского района, на лечение в Омском областном клиническом медико-хирургическом центре уже оформлено три человека. Но после уборки урожая, в конце сентября – начале октября, сельских пациентов в КМХЦ станет гораздо больше. В это же время начнутся и новые, уже предзимние, выезды врачебных бригад этой клиники в северные районы Прииртышья.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

Согласно Федеральному закону «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в июне 2016 г. запущена новая технология допуска к ведению медицинской деятельности – первичная аккредитация специалистов. Во всех медицинских вузах страны она прошла первую апробацию. Аккредитация специалиста – это процедура оценки, на основании которой определяется возможность его допуска к практической работе, притом к оказанию качественной медицинской помощи. Реальную готовность фармацевтов и стоматологов к осуществлению медицинской деятельности продемонстрировали выпускники Красноярского государственного медицинского университета им. В.Ф.Войно-Ясенецкого, входящего в десятку лучших вузов в России.

Базовые приоритеты фармации

Наличие диплома о высшем фармацевтическом образовании свидетельствует о том, что знания и умения специалиста с квалификацией провизор соответствуют Федеральному государственному образовательному стандарту. А процесс аккредитации – это проверка соответствия знаний специалиста профессиональному стандарту провизора, который был утверждён приказом Минтруда России в марте 2016 г. Процедура аккредитации была ориентирована на пять установленных профессиональным стандартом его трудовых функций.

В первый этап входило тестирование. Аккредитуемые отвечали на 60 тестовых заданий по дисциплинам: управление и экономика фармации, фармацевтическая химия и технология, биотехнология, фармакогнозия и фармакология. Для его прохождения отводилось 60 минут. При успешности ответов аккредитуемые допускались до второго этапа.

Второй этап – оценка практических навыков (умений) в смоделированных условиях. Аккредитуемые должны были продемонстрировать умение выполнять 5 практических навыков на 5 специально оборудованных станциях: «Базовый реанимационный комплекс», «Приёмочный контроль, хранение и первичный учёт ЛП и других товаров аптечного ассортимента», «Изготовление лекарственных препаратов и внутриаптечный контроль», «Отпуск лекарственных препаратов и других товаров аптечного ассортимента населению и медицинским организациям, фармацевтическая экспертиза рецепта» и «Фармацевтическое консультирование потребителей».

Решение ситуационных задач включил третий этап. Аккредитуемым отводилось 60 минут на 3 задачи и 5 вопросов. Ответ должен был длиться не более 30 минут. Его оценивала комиссия из трёх экспертов.

Все этапы первичной аккредитации специалистов по специальности 33.05.01 – Фармация, успешно прошли 38 выпускников фармацевтического факультета Красноярского государственного медицинского университета.

Комментарий заместителя декана фармацевтического факультета Вячеслава БОГДАНОВА:

– Начало аккредитации было особенно трудным. Новое всё-таки дело, проводилось оно впервые. Волновались? Да, безусловно. Причём, не только студенты, даже профессорско-преподавательский состав и декан. А вот когда подошли вплотную к аккредитации, всё встало на свои места.

Мы справились. Теперь ждём, когда Минздрав России обобщит лучший опыт и внесёт коррективы. Что касается влияния аккредитации на работу провизоров, сразу после выпуска пятикурсники смогут приступить к практической работе. Это, безусловно, плюс. Уже работая, они могут определиться с поступлением в ординатуру и специализацией.

Есть ещё один положительный момент в проведённом меропри-

Ориентиры

Какой проект станет главным

Первичная аккредитация: новые тенденции в медицинском образовании



В центре симуляционных технологий

ятии. Важно, что в него были привлечены эксперты-практики (директора аптек, фармкомпаний). Они увидели, как студенты сдают экзамены. По их результатам решили пересмотреть процедуру практики. Работодатели тоже подошли по-иному к её организации, что должно в принципе повысить качество подготовки.

Да, периодическая аккредитация должна быть. На мой взгляд, это повысит статус и доверие к университету, поскольку действующие практики убедятся, насколько высока подготовка в высшем учебном заведении.

Новые правила допуска

В этом году выпускники Института стоматологии – научно-образовательного центра инновационной стоматологии впервые прошли процедуру первичной аккредитации специалистов на базе кафедры-центра симуляционных технологий КрасГМУ. Аттестационная комиссия состояла из представителей профессиональной общественной организации – Стоматологической ассоциации России (СтАР), Министерства здравоохранения Красноярского края, Новосибирского государственного медицинского университета Минздрава России. К первичной аккредитации выпускников специальности «стоматология» были допущены 69 человек – выпускники КрасГМУ 2016 г. Все этапы аккредитации проходили в условиях обязательной аудио- и видеозаписи. Первый этап аккредитации – тестирование – состоялся в зале для on-line тестирования кафедры-центра симуляцион-

ных технологий. Аккредитуемым были предложены для ответов на вопросы 60 тестовых заданий, сгенерированных на сервере Методического центра аккредитации специалистов. Результаты тестирования были получены на следующий день, после чего аккредитуемые были допущены к прохождению второго этапа испытаний – выполнению практиче-

ским перт аккредитационной комиссии имел возможность наблюдать за процедурой аккредитации.

После подписания заключительного протокола членами аккредитационной комиссии вступает в силу решение о допуске к ведению медицинской деятельности всех 69 выпускников специальности стоматология 2016 г. К ней они смогут приступить

– Как вы оцениваете результаты проведённой первичной аккредитации двух специальностей в вашем вузе?

– Не иначе как отличные, так как все выпускники успешно и в срок справились и прошли первичную аккредитацию. Это характеризует их подготовленность к выполнению определённого вида профессиональной деятельности

– Достаточной ли была к ней подготовка?

– Понимая важность аккредитации, университет заблаговременно начал проводить организационные мероприятия, которые касались как усиления материальной базы, так и совершенствования образовательного процесса. В сентябре 2013 г. создана кафедра – центр симуляционных технологий. На её базе сформирована централизованная модель учебного процесса по отработке практических навыков. Центр был оснащён самыми современными средствами и технологиями обучения: тренажёрами и роботами-симуляторами, манекенами-имитаторами, электронными фантомами, моделями-муляжами и другим интерактивным компьютеризированным оборудованием, а также реальной техникой. Только за период 2015-2016 гг. закуплено симуляционного оборудования примерно на 100 млн руб.

На базе кафедры-центра симуляционных технологий проводятся экзамены после летней производственной практики и второй этап (практический) государственной итоговой аттестации. Эти экзамены максимально приближены к реальности.

– Какие можно извлечь уроки из первого этапа?

– В первую очередь, это своего рода испытание как для наших преподавателей, когда проводится независимая оценка знаний наших выпускников экспертами аккредитационной комиссии, так и для выпускников. Их знания оценивали внешние эксперты-профессионалы, а не преподаватель, который учил вчера. А для успешного прохождения аккредитации необходимы хороший уровень подготовки и самообладания.

– Не кажется ли вам, что система непрерывного образования, подготовка и переподготовка кадров с введением первичной аккредитации стоит на пороге существенного обновления?

– Да, это важный этап контроля качества подготовки специалиста к медицинской деятельности, ведь данная система контроля является независимой и подконтрольной только Министерству здравоохранения РФ. Поскольку в состав аккредитационной комиссии входят представители профессиональных некоммерческих организаций, следовательно, знания и умения выпускников контролируются с точки зрения требований работодателя. От этого выигрывают все: вуз, медицинские учреждения и, конечно, пациенты.

– Какие новые задачи в связи с этим вы ставите перед профессорско-преподавательским коллективом, и есть ли сложности в подготовке к новому этапу первичной аккредитации?

– Работа предстоит в двух направлениях: тренинг ППС вуза на новых симуляторах-муляжах и регулярное, плановое обучение студентов, максимально приближённое к практической деятельности. Но сложностей мы не видим. Главное – планомерно работать и достигать поставленной цели.

Подготовила
Галина ПАПЫРИНА,
спец. корр. «МГ».

Красноярск.

после получения свидетельства об аккредитации специалиста согласно впервые принятому профессиональному стандарту врача-стоматолога или продолжить обучение в ординатуре.

Комментарий заместителя директора института стоматологии КрасГМУ доцента Александра Майгурова:

– Будем так говорить, все 69 наших выпускников аккредитацию успешно прошли. Если до её начала большинство выпускников испытывали страх и тревогу, то после – 80% облегчение, 30% радовались, где-то около 30% были полностью удовлетворены полученными результатами. Это результаты анкетирования студентов после завершения аккредитации. Бесспорно, было очень сложно сдать экзамен, нагрузка огромная. Тем более что перед аккредитацией проводилась ещё государственная итоговая аттестация, которая по процедуре очень похожа. Это был длинный марафон для студентов, который продолжался целый месяц.

В целом можно сказать, что за такой короткий промежуток времени сама концепция стала понятна. Работа была проделана большая и Институтом стоматологии, и руководством вуза. Очень хорошо сработала бригада из практических врачей. Студенты тоже не подкачали.

Главное – достичь цели

Об уровне знаний, умений, навыков и компетенции, которые показала предварительная аттестация, интервью «МГ» дал ректор КрасГМУ профессор Иван АРТЮХОВ.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 67 (2006)

(Окончание. Начало в № 70 от 16.09.2016.)

У части больных имеются гистологические признаки как АИГ, так и других заболеваний, таких как ПБЦ, ПСХ или аутоиммунный холангит. Определённые гистологические данные, такие как дуктопения или деструктивный холангит, могут указывать на наличие синдромов «аутоиммунного перекрёста». Признаки стеатоза или перегрузки железом могут свидетельствовать об альтернативном или дополнительном диагнозе: неалкогольном стеатогепатите, болезни Вильсона, хроническом гепатите С, лекарственном поражении печени, наследственном гемахроматозе.

Серологическая оценка

Антинуклеарные аутоантитела (ANA), антигладкомышечные аутоантитела (SMA), антитела к микросомам печени и почек 1-го типа (анти-LKM-1) и антитела к печёночно-цитозольному антигену (анти-LC1) являются основными серологическими маркёрами диагностики АИГ. У 96% взрослых пациентов с АИГ определяются ANA, SMA или оба маркёра, у 4% имеются анти-LKM-1 или анти-LC1. Обычно при наличии анти-LKM-1 аутоантител ANA и SMA отрицательные. Аутоантитела неспецифичны для АИГ, и их образование зависит от особенностей течения болезни. Низкий титр аутоантител не исключает диагноз АИГ так же, как только их высокий титр при отсутствии других признаков не подтверждает этот диагноз. У серонегативных пациентов выработка аутоантител может манифестировать позднее, по мере прогрессирования заболевания. У взрослых титр аутоантител слабо коррелирует с активностью, характером течения болезни и ответом на проводимую терапию.

Классификация

На основании профиля серологических маркёров различают 2 типа АИГ. Выделение 3-го типа АИГ большинством специалистов не поддерживается, так как его серологический маркёр (анти-SLA) встречается при АИГ как 1-го, так и 2-го типа. При АИГ 1-го типа встречаются ANA и SMA или оба вида аутоантител; 80% всех случаев АИГ относятся к 1-му типу. 70% пациентов – женщины, пик заболеваемости приходится на возраст от 16 до 30 лет. 50% пациентов старше 30 лет, 23% старше 60 лет. Часто (15-34% случаев) встречаются ассоциации с другими аутоиммунными заболеваниями, такими как аутоиммунный тиреоидит, ревматоидный артрит, целиакия, язвенный колит и др. На момент установления диагноза цирротическая стадия болезни констатируется у 24%. АИГ 2-го типа характеризуется положительными анти-LKM-1 и/или анти-LC1 и/или анти-LC3 аутоантителами. Подавляющее большинство (80-96%) больных АИГ 2-го типа – дети. Данный тип характеризуется высокой частотой сопутствующих иммуноопосредованных заболеваний, нередко острым дебютом и быстрым прогрессированием до стадии цирроза.

Показания к лечению

Абсолютные

Три РКИ продемонстрировали, что у пациентов с активностью АСТ выше нормы в 10 раз или с повышением АСТ более чем в 5 раз в сочетании с повышением уровня γ -глобулинов в 2 раза в отсутствие адекватного лечения смертность достигает 60% в течение 6 месяцев. Наличие в дебюте гистологических признаков в виде мостовидных некрозов или мультилобулярных некрозов приводит к прогрессированию в цирроз у 82% нелеченых пациентов и ассоциированы с 45%-ной смертностью в течение 5 лет. Данные лабораторные и гистологические признаки активности болезни в дебюте служат абсолютным показанием для лечения глюкокортикостероидами (ГКС). Системные проявления АИГ, такие как выраженная слабость и артралгия, также являются абсолютным показанием к лечению, вне зависимости от других показателей (уровень А).

Относительные

Естественное течение АИГ у пациентов со слабовыраженными симптомами и с незначительными лабораторными и гистологическими изменениями неизвестно. Перспективные РКИ у этой категории больных не проводились, поэтому показания к лечению чётко не определены и рассматриваются

в каждом случае отдельно (уровень С). У бессимптомных больных с неактивным циррозом продемонстрирована хорошая выживаемость без иммуносупрессоров. Также у пациентов с неактивным гепатитом без цирроза печени 10-летняя выживаемость без лечения составила 80%. Не существует рекомендаций, по которым можно было бы определить эту группу пациентов с «безопасной» болезнью, которым не нужна терапия. В группе бессимптомных пациентов с низкой активностью заболевания возможна спонтанная ремиссия, однако она отмечается гораздо реже (12 и 63%, соответственно)

торными или гистологическими признаками активного воспаления в печени. У пациентов с неактивным циррозом эффект от терапии сомнителен (уровень С). При этом у них имеется повышенный риск развития побочных эффектов: гипоальбуминемия и портосистемное шунтирование крови могут повлиять на связывание преднизолона с белками крови и распределение свободного преднизолона. У пациентов с декомпенсированным сахарным диабетом, остеопенией, психическими расстройствами или выраженным остеопорозом надо тщательно обосновать необходимость назначения ГКС. Азатиоприн не следует назначать больным с выраженной цитопенией (лейкоциты ниже $2,5 \times 10^9/\text{л}$, тромбоциты ниже $50 \times 10^9/\text{л}$) или с известной непереносимостью препарата (см. табл. 4).

Схемы лечения

Базисная терапия

Препаратами выбора служат преднизолон

Диагностика и лечение аутоиммунного гепатита

Национальные клинические рекомендации Минздрава России

Таблица 3

Упрощённые диагностические критерии АИГ		
Критерии	Значения	Баллы
ANA или ASMA	$\geq 1:40$	1
ANA или ASMA	$\geq 1:80$	2
или LKM-1	$\geq 1:40$	2
или SLA	+	2
IgG	выше нормы	1
	$>1,1$ нормы	2
Гистологическая картина	вероятный АИГ	1
	типичный АИГ	2
	атипичный АИГ	0
Маркёры вирусных гепатитов	–	2

Определённый АИГ ≥ 7 баллов
Вероятный АИГ ≤ 6 баллов

и развивается более медленно по сравнению с пациентами, получающими лечение. Более того, у бессимптомных пациентов с низкой активностью заболевания, не получающих иммуносупрессивную терапию, 10-летняя выживаемость ниже, чем у аналогичных пациентов на фоне лечения (67 и 98% соответственно). При рассмотрении вопроса о проведении терапии необходимо принимать во внимание побочные эффекты, связанные с приёмом иммуносупрессоров. Таким образом, учитывая, что у бессимптомных больных с лёгким течением АИГ может наблюдаться прогрессирование заболевания, назначение иммуносупрессоров обосновано. В первую очередь это относится к молодым пациентам, которые хорошо переносят лечение. Более сдержанная тактика целесообразна в отношении больных с неактивным циррозом, постменопаузальной остеопенией, выраженной эмоциональной лабильностью или психическими расстройствами, плохо контролируемой артериальной гипертензией, декомпенсированным диабетом. Лечение не показано

Иммуносупрессивная терапия эффективна только у больных с клиническими, лабора-

или метилпреднизолон; применение последнего может быть сопряжено с меньшими побочными эффектами ввиду практически отсутствующей минералокортикоидной активности. С целью повышения эффективности иммуносупрессии, уменьшения дозы и, соответственно, побочного действия кортикостероидов к терапии нередко добавляется азатиоприн, представляющий собой производное 6-меркаптопурина и обладающий антипролиферативной активностью (см. табл. 5). В случае недостаточной эффективности стандартных схем иммуносупрессии возможно повышение дозы азатиоприна до 150 мг в сутки, что не сопровождается существенным увеличением частоты побочных эффектов. Обе схемы лечения продемонстрировали одинаковую эффективность: 5- и 10-летняя выживаемость больных на фоне адекватной иммуносупрессии составляет 94 и 90% соответственно (уровень В). Однако полное исчезновение биохимических, серологических и гистологических признаков заболевания, позволяющее ставить вопрос об отмене препаратов, наблюдается лишь у 31%. Морфологическая ремиссия АИГ запаздывает на 3-6 месяцев по отношению к биохимической,

поэтому перед отменой иммуносупрессоров обязательно выполнение биопсии печени для констатации исчезновения гистологических признаков активности АИГ. Результаты стандартной иммуносупрессии могут быть представлены 4 вариантами: ремиссией, рецидивом, резистентностью и стабилизацией. Ремиссия представляет собой полную нормализацию всех параметров, отражающих активность гепатита, включая гистологические. В связи с невозможностью с патогенетической позиции достижения полного выздоровления от АИГ данный исход является оптимальным вне зависимости от режима терапии и ассоциирован с наилучшим отдалённым прогнозом. Через 24 месяца лечения ремиссия констатируется у 65-75% больных. Неполная ремиссия, иногда обозначаемая как «стабилизация», подразумевает остановку прогрессирования болезни без достижения полной ремиссии. Хотя у 90% таких больных удаётся достигнуть ремиссии

в течение 3 лет стандартной терапии, такой вариант ответа должен служить основанием для возможного пересмотра лечебной тактики, а также поиска дополнительных причин поражения печени, в том числе таких, как перекрёстные аутоиммунные синдромы. Рецидив констатируется по повышению активности аминотрансфераз с клинической симптоматикой либо без неё, во время лечения, в период снижения доз иммуносупрессоров или на фоне полной отмены препаратов. По обобщённым литературным, а также нашим собственным данным рецидив наблюдается у 50% пациентов в течение 6 месяцев после прекращения терапии и у 80% через 3 года. Он ассоциирован с формированием цирроза у 38% больных и развитием печёночной недостаточности у 14%. Рецидив нередко требует возвращения к иницирующим дозам преднизолона и азатиоприна, либо по крайней мере их повышения по сравнению с исходными. Резистентность характеризуется прогрессированием клинических, биохимических и гистологических проявлений болезни на фоне адекватной иммуносупрессивной терапии. Данный вариант наблюдается у 10% больных и требует тщательной ревизии первоначального диагноза, предусматривающей исключение других причин острого или хронического гепатита. Если диагноз АИГ подтверждается, такой пациент рассматривается в качестве кандидата на альтернативные методы терапии, либо, в случае неуклонного прогрессирования, на трансплантацию печени.

Альтернативная терапия Будесонид. Синтетический ГКС, характеризующийся активным печёночным метаболизмом, высокой аффинностью к глюкокортикоидным рецепторам и низкой частотой системных побочных эффектов. При пероральном приёме препарат на 90% задерживается печенью, где в высоких концентрациях воздействует на патогенные лимфоциты. Исследования продемонстрировали неоднозначные результаты относительно частоты достижения ремиссии АИГ. Формирование портосистемных шунтов увеличивает системную концентрацию препарата. По-видимому, основное преиму-

Таблица 4

Показания к проведению иммуносупрессивной терапии		
Абсолютные	Относительные	Лечение не показано (динамическое наблюдение)
Сывороточная АСТ ≥ 10 норм	Умеренно выраженные симптомы (астенизация, артралгия, желтуха)	Бессимптомное течение с нормальными или субнормальными показателями сывороточной АСТ и уровня γ -глобулинов
Сывороточная АСТ ≥ 5 норм и γ -глобулины ≥ 2 норм	Сывороточная АЛТ и γ -глобулины меньше, чем в абсолютных показаниях	Компрессионные переломы, психоз, декомпенсированный диабет, неконтролируемая артериальная гипертензия, непереносимость азатиоприна
Мостовидные или мультилобулярные некрозы	Перипортальный гепатит	Неактивный цирроз или портальный гепатит
Выраженные симптомы	Остеопения, эмоциональная лабильность, гипертензия, диабет или цитопения (лейкоциты $\leq 2,5 \times 10^9/\text{л}$, тромбоциты $\leq 50 \times 10^9/\text{л}$)	Выраженная цитопения (лейкоциты $< 2,5 \times 10^9/\text{л}$, тромбоциты $< 50 \times 10^9/\text{л}$)

Схемы лечения аутоиммунного гепатита

Таблица 5

Преднизолон, суточная доза	Преднизолон и азатиоприн, суточная доза
Преднизолон: 60 мг – 1-я неделя 40 мг – 2-я неделя 30 мг – 3-я неделя 20 мг – 4-я неделя Затем снижение дозы на 2,5-5 мг в неделю до поддерживающей 2,5-10 мг Относительные противопоказания: постменопауза остеопороз диабет артериальная гипертензия кушингоид	Преднизолон: 30 мг – 1-я неделя 20 мг – 2-я неделя Затем снижение дозы на 2,5-5 мг в неделю до поддерживающей 2,5-10 мг Азатиоприн – 50 мг постоянно после 1-й недели Абсолютные противопоказания: беременность цитопения злокачественная опухоль непереносимость азатиоприна

щество будесонида перед преднизолоном заключается в возможности длительной поддерживающей терапии у больных на доцирротической стадии с рано проявляющимися побочным действием системных стероидов (уровень С).

Микофенолат мофетила. Конкурентный ингибитор инозин-монофосфат-дегидрогеназы, необходимый для синтеза пуриновых нуклеотидов. Действие микофенолата ограничено активированными Т- и В-лимфоцитами, что обуславливает ограничение нежелательной системной иммуносупрессии. Ретроспективный анализ 37 пациентов, не ответивших или не переносивших лечение азатиоприном, установил, что ответ на микофенолат наблюдался лишь у половины, а в случае отсутствия эффекта от азатиоприна терапия микофенолатом не привела к желаемому результату в 75% случаев. Дозировка – 2 г/сут (уровень С).

Циклоспорин А. Липофильный циклический 11-аминокислотный пептид, продуцируемый *Toxoplasma inflatum*. Механизм его действия определяется влиянием на Ca²⁺-зависимую передачу внутриклеточного сигнала и следующим за этим подавлением Т-клеточного звена иммунного ответа посредством репрессии гена, кодирующего интерлейкин-2. В ряде исследований продемонстрирована индукция стойкой ремиссии

АИГ на фоне лечения циклоспорином как у детей, так и взрослых. Дозировка – 2,5-5 мг/кг/сут. Широкое применение циклоспорина в качестве препарата первой линии ограничено серьёзными нежелательными явлениями, такими как артериальная гипертензия, нефропатия, гиперлипидемия, инфекционные осложнения и др (уровень С).

Такролимус. Макролидное лактоновое соединение, имеющее аналогичный циклоспорину механизм действия, но более выраженный и опосредованный связыванием с другим иммуофилином. Пилотные исследования продемонстрировали возможность достижения биохимической ремиссии на фоне длительного применения такролимуса, в том числе у стероидрезистентных больных АИГ. Дозировка – 0,05-0,1 мг/кг/сут. Из нежелательных явлений чаще всего отмечается умеренное повышение креатинина и азота мочевины (уровень С).

Циклофосфамид. Назначается вместе с преднизолоном в дозе 1–1,5 мг/кг/сут, как правило, у пациентов с непереносимостью азатиоприна. У некоторых больных возможен альтернирующий приём (50 мг через день). Длительное лечение нежелательно ввиду риска гематологических побочных эффектов (уровень С).

Другие альтернативные стратегии лечения АИГ включают назначение метотрексата,

Мальчик 8 лет был осмотрен амбулаторно по поводу припухлости в области правой грудной железы. Согласно данным анамнеза, указанная припухлость наблюдалась уже 18 месяцев, но недавно стала увеличиваться. При осмотре определяется округлая, смещаемая опухоль в области правой ареолы. Ребёнок был направлен в эндокринологическую клинику.

На приёме у эндокринолога родители больного сообщили, что припухлость в области правого соска сохраняется уже 1,5 года; каких-либо выделений при этом не было. Опухоль стала увеличиваться в последние 6 месяцев. Одновременно был отмечен рост волос в области лобка.

Мальчик страдал сезонной аллергией и экземой. Тем не менее выглядел здоровым. Рос и развивался нормально. Из лекарств применялся только крем триамцинолона (препарат местного назначения от экземы). Все вакцины получил согласно принятой программе. Аллергической реакции на лекарства никогда не было. Живёт вместе с родителями и младшим братом. Бабушка по матери страдала бронхиальной астмой, а дед по матери – гиперхолестеринемией. У бабушки по отцу был рак молочной железы, диагностированный в 70 лет. Родители больного и младший брат были здоровы.

При обследовании признаков дисморфизма выявлено не было. АД – 110/70 мм рт.ст. Пульс – 86 уд./мин, рост – 131 см (68-й перцентиль), масса тела – 28,4 кг (72-й перцентиль) и ИМТ – 16,5 (66-й перцентиль). Живот при пальпации мягкий, определяют петли толстой кишки. В области правой ареолы пальпируется плотная смещаемая опухоль, не спаянная с кожей. Небольшое количество мягкой ткани определяется при пальпации в области ареолы слева. Мягкие прямые, слегка пигментированные волосы определялись ниже бугорка лобка, в подмышках – светлые тонкие волосы. Объём яичек 3 мл, половой член соответствует препубертатному возрасту. В остальном без отклонений от нормы. На рентгенограмме левой руки костный возраст соответствует 8 годам.

Спустя 13 дней после обращения была выполнена лучевая диагностика грудной клетки. При УЗИ области грудных желёз (рис. 1) обнаружена относительно гипоехогенная смещаемая опухоль объёмом примерно 1,4 x 1,3 x 0,8 см, с чёткими границами, овальной формы, распространяющаяся в ретроареоларную область. Имеет гладкие

Опухоль в области правой грудной железы. Клинический разбор

периферические края и располагается на поверхности грудной мышцы. При цветном доплеровском сканировании опухоль гиповаскулярна, имела минимальный кровоток по периферии. Признаков кальцификации или повышенной васкуляризации, типичных при агрессивном раковом поражении, не было. Исследование контрлатеральной грудной области патологии не выявило.

Были выполнены другие диагностические процедуры.

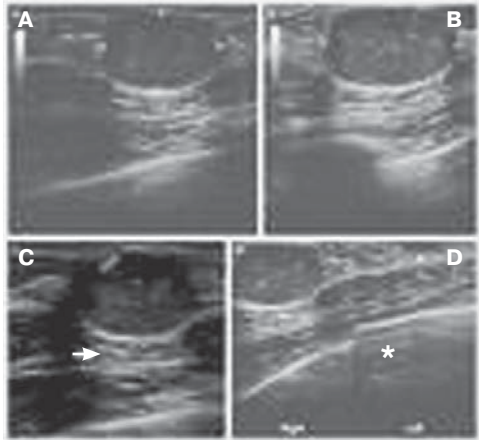


Рис. 1. УЗИ грудных желёз
А и В – соответственно поперечная и сагиттальная проекция выявляют хорошо очерченную овальной формы массу с гладкими краями в правой ретроареоларной области (масса «более широкая, чем высокая», т.е. поперечный диаметр больше, чем переднезадний размер);
С – цветное доплеровское сканирование показывает, что масса относительно гиповаскулярна и имеет минимальный периферический кровоток, а также шунт (стрелка);
Д – при сравнении правой и левой грудной железы видна опухоль в правой области (звёздочка) и нормальная картина в левой.

6-тиогуанина, инфликсимаба (анти-TNF-α) и ритуксимаба (анти-CD20), однако клинических данных на сегодняшний день недостаточно для оценки профиля эффективности и безопасности.

Возможность отмены иммуносупрессоров рассматривается у пациентов не ранее чем через 6 месяцев после достижения полной клинической, биохимической и иммунологической ремиссии. Перед отменой целесообразно выполнение биопсии печени для констатации отсутствия некровоспалительных изменений. Учитывая высокую частоту рецидива заболевания, обязательно динамическое наблюдение за пациентом с исследованием биохимических показателей (АЛТ, АСТ) 1 раз в 3 месяца, иммунологических (γ-глобулинов, IgG) – 1 раз в 6 месяцев.

Трансплантация печени
Приблизительно у 10% больных АИГ трансплантация печени является единственным способом ликвидации непосредственной угрозы жизни. Обычно основанием для включения в лист ожидания служит появление признаков декомпенсации цирроза или кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода. Однако явная резистентность к проводимой терапии и неуклонное прогрессирование заболевания позволяют рассматривать в качестве кандидатов на пересадку печени больных на доцирротической стадии. В этих случаях показания определяются как множественными рецидивами на фоне применения стандартных и альтернативных схем медикаментозной иммуносупрессии, так и выраженными побочными эффектами стероидной и цитостатической терапии: остеопорозом, артериальной гипертензией, изъязвлениями пищеварительного тракта, диабетом, лейкопенией. В качестве признаков угрожающей печёночной недостаточности рассматриваются нарастающая гипербилирубинемия и мультилобулярные некрозы в биоптате.

Прогноз трансплантации благоприятный: 5-летняя выживаемость превышает 90%. Вместе с тем следует учитывать возможность рецидива, частота которого составляет в среднем 10-35%. Риск рецидива выше у HLA DR3-позитивных больных при наличии анти-LKM-1, дискордантности донора и реципиента по HLA, ранней отмене кортикостероидов, применении такролимуса

в посттрансплантационном периоде. Он также возрастает по мере увеличения срока после трансплантации. С другой стороны, фульминантная печёночная недостаточность в дебюте болезни снижает вероятность её повторной манифестации. Рецидив АИГ сопряжён с существенным риском гибели трансплантата. В то же время посттрансплантационная иммуносупрессия, в первую очередь ГКС, не только предотвращает отторжение, но и позволяет купировать рецидив.

Естественное течение и прогноз

Данные по естественному течению заболевания без лечения получены преимущественно из исследований, опубликованных до широкого применения иммуносупрессоров при лечении АИГ и до открытия вируса гепатита С. Из этих исследований следовало, что до 40% пациентов с тяжёлым течением заболевания без лечения умирали в течение 6 месяцев от момента установления диагноза. У выживших с высокой частотой развивался цирроз с прогрессированием печёночной недостаточности и портальной гипертензии.

Нелеченый АИГ имеет плохой прогноз: 5-летняя выживаемость составляет 50%, 10-летняя – 10%. В среднем у 30% взрослых пациентов на момент установления диагноза имеются гистологические признаки цирроза. Цирроз формируется через 5 лет только у 17% больных с перипортальным гепатитом по данным первой биопсии, но при наличии мостовидных или мультилобулярных некрозов такой исход вероятен у 82%. Цирротическая трансформация в случае адекватного лечения, по-видимому, не снижает 10-летнюю выживаемость, что определяет обоснованность агрессивной терапевтической тактики у этих пациентов (уровень С). Применение современных схем иммуносупрессии позволяет эффективно контролировать течение заболевания. Так, по данным 1990-х годов, 20-летняя выживаемость больных АИГ на фоне терапии превышает 80%.

Под редакцией главного гастроэнтеролога Минздрава России академика РАН Владимира ИВАШКИНА.

Дифференциальный диагноз

Необходимо принять во внимание, что у мальчика 8 лет в течение 18 месяцев происходило увеличение опухоли в левой субареоларной области, особенно быстрое – в последние 6 месяцев перед госпитализацией. При осмотре ребёнка возникло предположение о наличии у него либо гинекомастии, либо доброкачественного процесса, либо рака.

Гинекомастия
Когда у ребёнка предполагают гинекомастию, возможны следующие варианты: псевдогинекомастия, которая обусловлена увеличением жировой ткани или появлением glandулярной ткани грудной железы под ареолой; истинная гинекомастия, которая вызвана доброкачественной пролиферацией железистой ткани в грудной железе у мужчин и в типичных случаях характеризуется упругой консистенцией, смещаемостью и часто лёгкой болезненностью, локализуется в субареоларной области.

Псевдогинекомастия наблюдается у лиц с ожирением и всегда двусторонняя. Поэтому она мало вероятна у ребёнка с нормальным ИМТ и односторонней локализацией опухоли, твёрдой при пальпации и отличающейся от обычной подкожно-жировой клетчатки. Истинная гинекомастия может быть физиологической и патологической. Она возникает когда отношение тестостерон/прогестерон снижается. Патологические причины изменения нормального гормонального баланса включают воздействие определённых лекарств или растительных добавок, снижение уровня секреции тестостерона или его активности, повешенная продукция эстрогена.

Физиологическая гинекомастия пубертатного периода
Этот вид гинекомастии может иметь место у 65% мальчиков. Начинается в раннем периоде пубертата и достигает пика в 13-14 лет с постепенной регрессией в 90% случаев. Физиологическая гинекомастия

может сопровождаться болезненностью и быть более заметной с одной стороны, чем с другой. У детей с гинекомастией пубертатного периода отмечается раннее созревание ароматазы (которая катализирует конверсию гонадных и адреналовых андрогенов в эстрогены), что позволяет эстрогенам достигать уровня взрослых лиц ещё в пубертатном периоде. Следовательно, баланс андрогенов и эстрогенов способствует пролиферации glandулярной ткани в области грудных желёз.

Гинекомастия пубертатного периода – обычное явление, но мало вероятна у обсуждаемого больного, поскольку возникла до начала истинного пубертата. Наличие у него оволосения лобка указывает на достижение им адренархе (преждевременное половое созревание), которое обычно сопровождается появлением оволосения подмышек, запаха в подмышечной области и оволосением лобка, а биохимически – повышением уровней дегидроэпиандростерона сульфата и андростендиона. Однако мальчик ещё не вошёл в истинный или центральный пубертатный период – гонадархе. Начало гонадархе отмечается повышением амплитуды и частоты всплесков гонадотропин-релизинг-гормона, который стимулирует секрецию фолликулостимулирующего гормона и лютеинизирующего гормона из передней доли гипофиза, что, в свою очередь, стимулирует сперматогенез и секрецию тестостерона из лейденовских клеток яичек. Следовательно, гонадархе ассоциировано с повышением уровней тестостерона и увеличением объёма тесткул (>3 мл), но подобных отклонений у мальчика не обнаружено.

(Окончание следует.)

Рудольф АРТАМОНОВ, профессор.

На основании данных анамнеза больного и физического исследования диагноза псевдогинекомастии и физиологической

О старении, долголетию учёные спорят давно. Свою точку зрения на эту проблему высказывает сегодня наш собеседник – заведующий лабораторией радиоизотопной диагностики Федерального научного центра трансплантологии и искусственных органов им. В.И.Шумакова Минздрава России кандидат медицинских наук Александр ЕРМОЛЕНКО.

– Старение заключается в изменении структуры ткани, а вслед за этим происходит изменение структуры и функции всего организма, – говорит Александр Ермоленко. – Давайте порассуждаем. При старении закономерно изменяется производимая клеткой продукция. К тому же при нарушенных условиях жизни клеток, накоплении клеточной продукции изменяется функция самих клеток, которые начинают производить искажённые белки, при этом страдает внеклеточный матрикс, что в совокупности приводит к изменению эластичности волокон во всех органах.

В изменённых тканях накапливаются пигменты (липофусцин, меланин и др.), минеральные соли, в частности, соли кальция. В костях уменьшается содержание коллагена, в избытке собираются неорганические соли, хрящи, зубы разрушаются, атрофируются скелетные мышцы. В паренхиматозных органах идёт разрастание изменённой соединительной ткани, что приводит к снижению функции пищеварительных желёз, нарушению работы кишечника, снижению секреторно-экскреторной функции почек и клиренсовой функции печени. В дыхательной системе разрастается соединительная ткань, разрушаются межальвеолярные перегородки, что ведёт к сокращению дыхательной поверхности лёгких...

В эндокринных органах и в иммунной системе снижается функциональная способность. Происходит разрастание в сердце и в стенках сосудов изменённой соединительной ткани на месте мышечной, что ведёт к накоплению там солей кальция и, как следствие, потере эластичности и нарушению кровоснабжения тканей и органов. Снижается функция кроветворных органов, идёт ослабление механизмов гуморального и клеточного иммунитета, гибель нейронов, нарушение регуляции функций органов, уменьшение скорости проведения импульсов, ослабление памяти и когнитивной способности, притупляется острота органов чувств.

Результатом развития такого сценария является старость.

– Вы такую невесёлую картину нарисовали, Александр Евгеньевич, что и жить не хочется...

– Да ладно вам. Никуда ведь не денешься: старение – сложный универсальный процесс. Но это результат не только угасания, подавления жизненных процессов, но и включения важных приспособительных механизмов. Несмотря на столь пессимистическое описание старости, в ней есть свои положительные моменты – мудрость, доброта, любовь к близким.

Единой теории старения не создано. Геронтология предлагает более 300 гипотез старения.

Возьмём интоксикационную теорию по И.Мечникову (1903). Она заключается в самоотравлении организма из-за накопления в толстой кишке человека продуктов азотистого обмена и гниения. И.Мечников предполагал, что старение обусловлено гнилостными процессами в кишечнике. Он предлагал использовать антагонизм бактерий. Хотя до сих пор нет научного обоснования и чётких доказательств этой идеи, она широко используется.

На основании опытов, проведённых ещё в конце позапрошлого века и показавших, что после инъекции вытяжек из семенников повышается жизненный тонус у стареющих организмов, сделан вывод, что причина наступления



Наши интервью

Последняя мелодия?

Старость – не болезнь, а результат нашего индивидуального развития

старости кроется в угасании деятельности желёз внутренней секреции (эндокринная теория). А вот причины угасания функции желёз не были указаны, и фактически, я считаю, теория ни о чём.

Сейчас другие идеи модны – о теломерах или о накоплении поломов в геноме. Идея о влиянии теломер на продолжительность жизни клеток появилась после опытов Леонарда Хейфлика с культивированием фибробластов в пробирке, которые после 50±10 делений прекращали делиться. Стабилизация же теломер за счёт их регулярной достройки теломеразой даёт клеткам бессмертие. Предполагается, что при укорачивании теломеры до предельного размера это может подвести к старению клетки, а потом в клетке срабатывает механизм, приводящий её к гибели. Как уже потом оказалось, в раковых клетках работает специальный фермент, называемый теломеразой и отвечающий за надстройку теломеров, таким образом опухолевые клетки могут делиться бесконечно. Вот оно, бессмертие.

– Можно ли продлить жизнь клетки?

– У человека и многих крупных млекопитающих, теломераза не работает в большинстве клеток, кроме стволовых, половых и раковых. Да, ведутся работы, направленные на удлинение теломеры, повышение активности телоказы, чтобы продлить жизнь клетки. Вот только «заноза» мешает – учёные не знают, для чего нужна организму продукция стареющих клеток. Существует ряд работ, данные которых противоречат утверждению о том, что именно теломеры определяют продолжительность жизни.

Так, у плодовой мушки были получены особи, имеющие повреждение теломерного конца. При этом не наблюдалось снижение жизнеспособности особей. Ещё один аргумент против теломерных биологических часов, определяющих продолжительность жизни – теломеры у мышей длиннее, чем у человека в 10 раз, а продолжительность жизни короче в 30. Биологию теломер изучали у коротко-, средне- и долгоживущих видов морских ежей – ни у одного из видов длина теломер с возрастом не уменьшалась, что, скорее всего, объясняется постоянной активностью телоказы. Более того, долголетие у морских ежей вообще не связано с длиной теломер. Полученные к настоящему времени данные не позволяют принять теломерную гипотезу как способную объяснить жизненный процесс.

Гипотеза, рассматривающая в качестве причины старения спонтанные, случайные мутации в соматических клетках, концептуально представляется нелогичной, ведь жизнь – это закономерность, и все проблемы, возникающие на жизненном пути, случайностью не объяснишь.

Сущность свободнорадикальной теории заключается в том, что активные формы кислорода (АФК) вызывают накопление повреждённых клеточных структур, определяют старение, продолжительность жизни. Окислительный стресс – это результат дисбаланса между продукцией и выведением АФК за счёт работы антиоксидантных систем и механизмов репарации или утилизации повреждённых биомолекул. С годами в тканях возрастает содержание липофусцина, при этом причина такого возрастания не ясна. Повреждённые белки объединяются с другими молекулами,

что он и является «виновником» старения. Но в дальнейшем выяснилось, что он активно участвует в метаболизме клеток, при этом отсутствуют сведения, позволяющие достоверно доказать приоритетность функционального значения липофусцина при старении организма. В настоящее время липофусцин относится к нормальным компонентам клетки, а точнее – к разряду клеточных органоидов.

Существует концепция элевационной гипотезы старения по В.Дильману. Она состоит в том, что с возрастом важнейшая железа-дирижёр всей эндокринной

системы – гипоталамус – теряет способность улавливать сигналы, подаваемые ему организмом. Это ведёт к грубым нарушениям обмена веществ, как следствие – основным болезням старения, а затем и к смерти.

Дарвинисты, считаю, и тут успели глупость сказать: они рассматривают старение как запрограммированный, предопределённый процесс, с точки зрения эволюционной целесообразности, работающий на расщипку пространства для новых поколений.

– Александр Евгеньевич, на ваш взгляд, нервные потрясения вызывают преждевременное старение?

– Безусловно. Давайте возьмём учение И.Павлова о регулирующей и интегрирующей роли центральной нервной системы в жизнедеятельности организма. В опытах на животных было показано, что нервные потрясения и продолжительное нервное перенапряжение действительно вызывают преждевременное старение. Однако и здесь не всё так однозначно – многие люди, пережившие Освенцим, дожили до глубокой старости, а один из них – Исраэль Кристалл – является старейшим мужчиной на Земле.

Старость – не болезнь, а неизбежный результат индивидуального развития. Я выскажу свою точку зрения, свою идею. Известный биоэволюционный закон Геккеля – Мюллера гласит, что каждое живое существо в своём индивидуальном развитии повторяет в известной степени формы, пройденные его предками или его видом (филогенез в онтогенезе). Добавляю к этому только то, что с рождением индивидуума действие этого закона не оканчивается. Надо обратить внимание на тот факт, что ранние этапы филогенеза протекают быстрее, чем более поздние. Из этого закона можно сделать вывод, что у эволюционирующих видов последующие поколения (в среднем) будут жить дольше, так как последующие поколения станут проживать жизнь не только древних пращуров, но и своих дедов и отцов. Модель жизни – не прямая с началом и концом, а этакая долгоиграющая пластинка с множеством различных мелодий. Скорость вращения пластинки не равномерная, а замедленная по экспоненте. Это подтверждается тем фактом, что смертность в разный возрастной период разная. Наименьшая смертность отмечается в 11 лет, после 55 лет она увеличивается и растёт, а в 75 выходит на плато. Из этого следует, что вероятность встретить свой следующий день рождения у 60-летнего человека меньше, чем у 80-летнего. Для последней мелодии имеет свойство такой обмен веществ, который называется «старость».

Тип обмена веществ, строение организма и поведение обеспечивают гены-организаторы, так называемые Хокс-гены. Они из-

вестны генетикам и эмбриологам давно, однако, как организаторы жизненного процесса, звучат впервые. Это они определяют размеры, расположение, длительность работы органов. Это они сократили размеры хвоста у предков, убрали межпальцевые перегородки. С рождением человека действия их не прекращаются. Гены-организаторы определяют работу вилочковой железы, рост которой продолжается до начала полового созревания, а потом подвергается атрофии. Они также определяют работу гипоталамуса, гонад и гипофиза, то есть работу тех гормонов, которые важны для молодости и старости.

– А когда же запускается механизм смерти?

– Ведущую роль в первой половине жизни играют гены головного конца, а во второй половине жизни – каудальные гены. Изменяются конституция организма, повадки и поведение, вкусовые привязанности. Человек живёт по программе, но выполнение программы не означает смерть. Механизм смерти у позвоночных есть, он запускается при некоторых обстоятельствах – при болевом шоке, при длительной боли, при жёсткой депрессии и самопроизвольном, непредсказуемом, после выполнения программы жизни. Механизм смерти срабатывает и у людей ранее активных, счастливых в связи с выполненными намеренными планами, людей, не сумевших поставить себе новые цели. Существует синдром семейных пар: при длительном совместном проживании в любви смерть одного из них запускает механизмы смерти другого.

Ещё хочу сказать, что в соединительнотканной теории (А.Богомолец, 1922) наука придавала особенно важное значение процессам старения, элементам соединительной ткани, считалось, что эта ткань обеспечивает физиологическую активность организма. Возрастные изменения соединительной ткани приводят к нарушению питания, голоданию, изменению клеточных коллоидов, обеднению их водой, потере тургора и т.д. Вот только, чем именно обусловлены возрастные изменения соединительной ткани – не указывалось. В настоящее время такая идея не пользуется популярностью, да и все идеи о старении организма основываются на клеточной теории, то есть старении клетки. На самом деле клетка может быть вечно молодой. Это подтверждается активным ростом клеток в старости при опухолях.

– Знаю, что у вас есть собственная внеклеточная теория...

– Есть. Клетка живёт в тех условиях, которые ей предоставляет внеклеточный матрикс. Старее матрикс – стареет клетка. В матриксе ведущую роль играет коллаген. Многие процессы, связанные со старением организма, невозможно объяснить исключительно старением отдельных клеток. Так, при различных возрастных заболеваниях белки и белковые агрегаты могут значительно накапливаться во внеклеточном матриксе. В стареющем организме всё стареет, и не только клетки и внеклеточный матрикс – стареет морфогенетическое поле. При изучении механизмов старения в эксперименте на мышах с целью омолодить старую мышь пересаживали ей яичники молодых мышей. Учёные получили положительный, но короткий результат. Они поменяли модель эксперимента – яичник старой мыши пересадили молодой особи. Ранее нефункционирующий яичник заработал, появились мышата. В молодом организме старые органы «омолодеют». Это важный момент для трансплантологии. Если орган для пересадки, у которого нет явных дегенеративных изменений, взят у пожилого донора, то в молодом организме реципиента он может восстановиться («помолодеть»).

**Беседу вел
Татьяна КУЗИН,
корр. «МИ».**

Москва.

Высокая миссия

– Главной целью врачебной деятельности является постановка диагноза. В его отсутствии никакое лечение не может обсуждаться, – открыл сессию А.Вёрткин. – Методологически диагноз состоит из ряда слагаемых: основное заболевание, фоновая патология, сопутствующие болезни и осложнения – абсолютная структуризация. Единственный способ проверки правильной постановки клинического диагноза – патологоанатомическое исследование, что, к сожалению, весьма редко происходит в случае смерти пациента вне стационара. Иными словами – поликлинические доктора не имеют возможности проверить объективность поставленного диагноза, – посетовал он.

Эксперт убеждён: даже в условиях лимитированного времени на приём, подготовленный должным образом врач в состоянии поставить верный диагноз. Для этого, с точки зрения профессора Вёрткина, совершенно необязательно знать более миллиона нозологических единиц, входящих в МКБ. Достаточно всего лишь расставить, что называется, по ранжиру клинические диагнозы, с которыми наиболее часто встречаются на амбулаторном этапе оказания медпомощи: патологии, приводящие к инвалидизации, а также те заболевания, которые в прогностическом плане угрожают летальным исходом. Всё это амбулаторный врач должен знать досконально, а диагностическую концепцию в этой связи надо формировать автоматически. Только таким образом можно эффективно вести пациентов в амбулаторных условиях.

Как известно, ведущими причинами смертности в нашей стране являются заболевания сердечно-сосудистой системы, злокачественные новообразования, сахарный диабет 2-го типа с букетом всевозможных осложнений, а также хроническая обструктивная болезнь лёгких (ХОБЛ). К этим патологиям А.Вёрткин считает необходимым добавить вариабельную патологию опорно-двигательной системы и так называемые «болезни асоциальных групп населения» – туберкулёз, алкоголизм, наркоманию и ВИЧ.

– Подготовленный должным образом терапевт в состоянии эффективно справиться с перечисленными патологиями без привлечения узких специалистов в подавляющем большинстве обращений населения в поликлинику, – убеждён А.Вёрткин. – И только в редких случаях он должен прибегать к помощи своих коллег. Вообще, по моему мнению, к узкому специалисту пациент должен попадать только через врача первичного звена. Главным звеном современной отраслевой модели является терапевт. Ни у одного другого клинициста нет такой миссии, – резюмировал он.

Инструкция по применению

Приятно, конечно, называть деятельность врача искусством, однако за столь красивым названием лежит вполне себе обыкновенная профессия со своими канонами, стандартами, порядками действий и т.д. Не без клинического мышления, разумеется. Тем не менее, для того чтобы максимально эффективно экстраполировать свои фундаментальные знания и практические навыки в наших нынешних условиях любому врачу, а доктору первичного звена в особенности, следует держать в голове несколько алгоритмов действий на тот или иной клинический случай – без этого, к сожалению, не вписаться в установленный временной лимит на приём пациента.

– Тренд нынешнего здравоохранения – профилактика, предупреждение болезней. Диагноз в поликлинике – необходимая и базальтернативная модель опти-

мизации диспансеризации, – отметил А.Вёрткин. – Докторам пора уяснить: рассчитывать на самостоятельное посещение пациентов поликлиники в превентивных целях не стоит. В этой связи следует использовать малейший повод, когда больной находится на территории амбулаторного медучреждения. И неважно, зачем пациент пришёл в поликлинику. В случае его появления в медучреждении необхо-

полняем этот документ, который уже в самом ближайшем будущем строго и конкретно будет регламентировать нашу с вами деятельность.

Наряду с этим А.Мартынов акцентировал внимание аудитории на том, что Международное общество интернистов приняло решение о проведении очередного Всемирного конгресса терапевтов в Москве. «Значимость этого собы-

оценки компетенции практических врачей посредством тестовых заданий. С его точки зрения, это не всегда отражает реальную картину. Он подчеркнул, что доктора, чей возраст превышает 60 лет, а также те, кто работает по профессии более 30 лет, не будут проходить аккредитацию.

– Что касается выпускников-медиков, то в случае успешной сдачи итоговых экзаменов, све-

которых университетах, далеко не во всех поликлиниках базируются клинические кафедры.

– В странах Европейского союза в рамках последипломного образования терапевт обучается в несколько этапов: общетерапевтическая подготовка в амбулаторных условиях и стационаре в течение 5 лет с ротацией по отделениям – от приёмного покоя до блока интенсивной терапии. В итоге

Деловые встречи

Во главе клиницистов

Терапевт – ключевая фигура новой отраслевой модели

Главным трендом современной системы здравоохранения в нашей стране является стремление к созданию высокоэффективного первичного звена. Так, в Москве и многих других субъектах РФ за последние несколько лет в результате отраслевых реформ значительно увеличилось количество поликлиник, оснащённых всем необходимым для эффективной диагностики и лечения пациентов. Одновременно с этим сокращается число стационаров, что вполне логично: случаи, когда наших больных госпитализируют без каких-либо на то показаний – отнюдь не единичны.

В этой связи всё больше нагрузки и ответственности ложится на участковых врачей. Именно они являются ключевым звеном в новой отраслевой модели. И это – общемировая практика. В экономически развитых странах участковый врач самостоятельно справляется с абсолютным большинством клинических ситуаций, прибегая к помощи узких специалистов лишь в казуистических случаях. Примечательно также, что с нынешнего года обучение в интернатуре упраздняется, и свежеспечённые выпускники-медики уже совсем скоро окажутся в первичном звене тет-а-тет с пациентами без какой-либо последипломной подготовки. У кого они будут учиться в поликлиниках, когда большинство нынешних терапевтов сами нуждаются в экстренном переобучении, в то время как лишь незначительная часть российских поликлиник является базой для клинических кафедр медицинских вузов?

Этот, а также другие чрезвычайно актуальные на современном этапе отраслевые вопросы, обсуждались на очередной образовательной сессии «Амбулаторный приём», ориентированной, главным образом, на специалистов первичного звена и прошедшей под председательством одного из ведущих экспертов нашей страны в области внутренней медицины, заведующего кафедрой терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова, члена президиума Российского научного медицинского общества терапевтов (РНМОТ), профессора, заслуженного деятеля науки РФ Аркадия ВЁРТКИНА.

димо начинать диспансеризацию. Если этого не будет – показатели общественного здоровья в нашей стране никогда не достигнут уровня экономически развитых стран. Не стоит ждать чудес – в ближайшее время к нашим пациентам не придёт осознание ответственности за собственное здоровье, – подчеркнул он.

По мнению А.Вёрткина, предварительный диагноз врач поликлиники должен ставить, что называется, с порога: молодой пациент или пожилой, полный или худой, мужчина или женщина и т.д. должно быть отмечено сразу. С первого взгляда. «Каждой такой группе в той или иной степени свойственна своя патология. Как следствие – свой алгоритм. Под стеклом у врача должен лежать «рейтинг» этих болезней – чтобы не думать о том, чего не может быть. Доктор просто обязан проскринировать каждого больного, обращающегося к нему, на эти патологии, после чего смоделировать диагностическую концепцию и выстроить риски по той или иной патологии. Ничего сверхъестественного», – уверен он.

– Амбулаторное звено – это лицо здравоохранения. В этой связи Минздрав России поручил нам разработать новый стандарт терапевта, отвечающий требованиям эпохи, – обратился к аудитории президент РНМОТ, профессор кафедры госпитальной терапии МГМСУ, академик РАН Анатолий Мартынов. – Мы выполнили это поручение, и проект документа был предварительно рассмотрен в высшем отраслевом ведомстве страны. Отрадно, что чиновники обращаются к клиницистам с подобными просьбами. В настоящее время мы перерабатываем и до-

тия невозможно переоценить», – заключил академик.

Что нам готовит аккредитация?

Нынешний год примечателен для отрасли не только упразднением обучения в интернатуре. Отныне для того, чтобы подтвердить свою профессиональную пригодность, вместо привычного повышения квалификации раз в 5 лет создана система аккредитации медицинских работников, заключающаяся, главным образом, в получении необходимых баллов посредством участия в различных отраслевых мероприятиях, по простоте которых доктора сдают мини-зачёт, как правило, в тестовой форме, и в результате успешного его прохождения получают необходимое количество кредитных единиц, подтверждая тем самым право на профессиональную деятельность.

– Аккредитация – это наиболее эффективный способ оценки профессиональной деятельности докторов, – сказал ректор МГМСУ, главный стоматолог Минздрава России, профессор Олег Янушевич. – Примечательно, что именно профессиональные ассоциации принимают самое активное участие в этом проекте. Это даёт возможность максимально объективной оценки подготовки наших докторов – председателями аккредитационных комиссий являются ведущие отечественные клиницисты в той или иной области. Именно они разрабатывают как программы экзаменов для выпускников медвузов, так и задания для опытных врачей в рамках непрерывного образования.

В то же время О.Янушевич выразил сомнение относительно эффективности и правильности



Выступает профессор А.Вёрткин

жеиспечённый специалист будет направлен на трёхгодичную работу в первичное звено безо всякого дальнейшего обучения, – добавил О.Янушевич. – Только после этого он получит право на обучение в ординатуре по узкой специализации. Длительность такого обучения составит от 2 до 5 лет в зависимости от дальнейшего клинического направления. Однако это пилотный проект. Окончательный вердикт на этот счёт будет вынесен несколько лет спустя – необходимо проследить за практическим воплощением данных идей, которые мне представляются вполне разумными и практически обоснованными.

А судьи кто?

– Я глубоко убеждён в том, что свежеспечённый специалист по окончании вуза должен некоторое время проработать в клинике под наблюдением старших коллег – кафедральных сотрудников, у которых можно научиться не только врачеванию, но и профессиональной этике, – высказал своё мнение относительно упразднения обучения в интернатуре А.Вёрткин.

Очевидно, что главный акцент образования на этапе медвуза должен быть сделан на подготовке поликлинических докторов. К сожалению, далеко не во всех поликлиниках есть профессорско-преподавательский состав, способный оказать консультативную помощь городским врачам, заниматься их образованием, проводить консилиумы, клинико-анатомические конференции и разборы наиболее трудных и прогностически неясных пациентов. Даже в столице, при наличии нескольких медвузов, а также медицинских факультетов в неко-

получается полноценный специалист, – рассказал А.Вёрткин.

На вопрос обозревателя «МГ», возможно ли подготовить такого специалиста в суровой российской действительности, профессор ответил: «Единственным выходом, в данной ситуации является перемещение большей части терапевтических кафедр из стационаров в поликлиники, где бы они занимались и с опытными врачами, и с молодыми специалистами. Конечно, некоторые кафедры надо оставить в стационаре с единственной оговоркой: придать их педагогической деятельности амбулаторный и профилактический вектор, сохраняя при этом классическую модель терапевтической подготовки: пропедевтика внутренних болезней, факультетская и госпитальная терапия. Но отправлять свежеспечённого выпускника-медика самостоятельно работать в поликлинику без присмотра старших коллег – нерациональное решение».

– Я абсолютно согласен с Аркадием Львовичем. Большей части кафедр следует переместиться в поликлинику, где они будут встречены с распростёртыми объятиями. Времена меняются. Количество стационаров сокращается. Расширяется амбулаторная сеть. Сознание кафедральных сотрудников также должно перестроиться. В поликлинике они смогут трудиться куда эффективнее. Иного пути просто нет. Я искренне надеюсь, что «наверху» позитивно воспримут данную нашу идею, – присоединился к мнению профессора Вёрткина академик Мартынов.

Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ,
обозреватель «МГ».

Поиск новых противоопухолевых препаратов – настоящая, хотя и многотрудная задача для медиков, биологов, химиков. Её усложняет множественная лекарственная устойчивость опухолей, общая токсичность, низкая селективность и специфичность химиотерапевтических препаратов, особенно если речь идёт о лечении онкологических заболеваний. И вот здесь-то новые возможности открывает использование наночастиц металлов в качестве платформ для доставки химиотерапевтических агентов. Об этом рассказывает заместитель декана химического факультета Московского государственного университета им. М.В.Ломоносова, руководитель лаборатории «Биомедицинские наноматериалы» Национального исследовательского технологического университета «МИСиС», доктор химических наук Александр МАЖУГА.

Преодолеть барьер

Эпидемиология злокачественных опухолей очень обширна. Онкология по масштабам вреда для нашего здоровья уступает лишь сердечно-сосудистым недугам. Объём финансов, количество научных ресурсов, которые тратятся в этом направлении, находятся на первом месте... Порядка 70 млн долл. ежегодно – рынок противоопухолевых препаратов, 3% из этого числа составляет российский рынок...

Общество немало надежд возлагало на различные типы терапии: в 80-е годы – генные, с использованием ДНК или РНК. Их сменил бум комбинаторной химии, когда синтезировалось большое число органических соединений потенциальных лекарств. Однако это не дало ожидаемых результатов. Неудачи были связаны в первую очередь с доставкой препарата к нужному для терапии месту.

Что представляют собой лечебные препараты? 70% из них – это низкомолекулярные органические соединения небольшого размера, порядка нанометра... Они очень плохо растворяются в физиологических условиях. Лекарство при этом выводится из нашего организма до того, как оно успевает оказать свой терапевтический эффект. Другой класс препаратов – белки, к примеру, при попадании в кровоток деградируют...

Задача – создать лекарство, которое будет «прицельно» действовать на опухоль ткани. Но для этого оно должно преодолеть физиологический барьер между кровеносной системой и центральной нервной системой. То же – при встрече с опухолью тканью при онкологии. Нельзя забывать о возникновении устойчивости к лекарству, когда появляется привыкание, резистентность к лекарству, и оно перестаёт действовать... Можно ли преодолеть эти преграды?

Оболочка многое значит

Теоретически задача ясна. Нужно иметь проверенное лекарство, упаковать его в некую оболочку – куда-то внедрить и затем доставить загруженный композит в заданное место, где произойдёт высвобождение лекарства. Что можно использовать для этого?

Взять, к примеру, низкомолекулярный противоопухолевый препарат – доксорубин, часто применяемый в клинической практике. Речь идёт о белках, вирусах бактерий. Контейнеры, которые при этом используют, –

конъюгаты полимеров, «сцеплянки», разнообразные наночастицы, микрокапсулы... В биомедицине активно используются липосомы, мицеллы, дендримеры – достаточно мягкие материалы из органических молекул...

Исследователей привлекли оксиды металлов, в частности, железа и наночастицы золота. Помимо этого есть углеродные нанотрубки (в стадии исследования) и макрофаги – клетки иммунной системы, способные к активному захвату и перевариванию бактерий, остатков погибших клеток и других чужеродных для

размеры которых во всех трёх измерениях составляют от 1 до 100 нанометров. При этом число поверхностных и внутренних атомов равно единице. Крошечные, они ведут себя как единое целое, с учётом их транспортабельности и свойств.

У такого объекта колоссальная потенциальная внешняя энергия: он стремится столкнуться с соседними частицами, чтобы превратиться в большой макроскопический агрегат. Нам это не нужно. Поэтому на поверхность наночастицы наносится оболочка, которая предупредит её

ганизме. После внутривенного введения такие частицы путешествуют по кровотоку и попадают в поры плоских клеток – эндотелия, которыми выстланы кровеносные сосуды. Специалисты установили: размеры пор эндотелия сосудов, которые снабжают опухоли, значительно – от 100 до 800 нм больше, нежели в здоровых сосудах. Нормальные размеры пор сосудов составляют 6-10 нм, в почках – от 50 до 100 нм, в печени – 150 нм.

Размер пор, связанных с опухолью, сильно увеличен. Наночастицы фактически «проваливаются»

поместить не в постоянное, а в переменное высокочастотное магнитное поле, то они нагреваются до 42°C. Лечение теплом известно с древнейших времён. Ещё Гиппократ говорил: что не исцеляет лекарство, то лечит железо (скальпель): что не лечит железо, то лечит огонь (нагрев), а что огонь не излечивает, должно считаться неизлечимым... В 1893 г. американский хирург Вилли Коли пытался с помощью высокой температуры тела бороться с онкопатологией...

Есть примеры, когда при нагреве в магнитном поле опухоль

Современные технологии

Торпеды для опухоли

Биомедицина даёт основания с оптимизмом смотреть в завтрашний день



организма частиц... Но макрофаг может схватить и переварить нужную нам частицу – лекарство. Специалисты решили защитить её, покрыв специальным полимером... И мы научились делать частицы, не видимые для иммунной системы, которые не поедают макрофаги. Иными словами, учёным удалось получить ряд очень хороших препаратов для борьбы с онкологическими опухолями.

Обнадеживающие результаты дало использование мицелл – двух соединённых вместе полимеров – гидрофильного и гидрофобного... Таким путём мы получили носители, обладающие улучшенной растворимостью и циркуляцией.

Поиск продолжается. Мы хотим научиться доставлять препарат в определённое место. Он должен «замаскироваться» в себе, внутри, лекарство, чтобы оно стало невидимым для иммунной системы. При этом самим медикам важно наблюдать препарат: ввести его внутривенно и убедиться, что он оказался в нужном месте. Контейнер должен «чувствовать» окружение с тем, чтобы в требуемый момент «освободить» лекарство... Было бы отлично, чтобы специалист мог манипулировать, управлять ходом процесса. Для этой цели идеальными оказались наночастицы оксидов металлов – на основе железа и на основе металлического золота.

Наночастица – что это за зверь?

Наночастицы (англ. nanoparticle) – изолированные твёрдофазные объекты, имеющие отчётливо выраженную границу с окружающей средой, включают от 10 до тысячи атомов,

слипание, обеспечит нужные нам свойства. Повторюсь: наибольшее внимание исследователей сегодня привлекают наночастицы на основе золота и на основе оксидов железа. Это – два самых инертных и биосовместимых материала.

Золото использовали в качестве декоративных целей с древнейших времён, придавая красный цвет изделиям прикладного искусства. Те же рубиновые звёзды Кремля – это наночастицы золота, растворённые в особо качественном стекле... История наночастиц золота ведёт отсчёт с 1857 г. и связана с именем английского физика-экспериментатора и химика Майкла Фарадея.

Наночастицы золота можно получать, бесконечно измельчая кусок золота – путём механического диспергирования, электровзрыва, катодного испарения... Химикам ближе подход «снизу – вверх» – химическое восстановление ионов металлов. Мы в своей лаборатории получаем наночастицы золота красной окраски размером – от 5 до 150 нм чётко под каждую задачу, при этом различной формы – ромбы, кубики, полусферы и т.д.

Что касается магнитных материалов на основе оксидов железа, то изначально это были минералы: магнетит, различные ферриты, маггемит... Магнитные наноматериалы впервые были получены в 1960 г. измельчением руды. За 3 года до этого прозвучало утверждение, что эти частицы можно использовать в медицине. В 1980 г. профессор Страсбургского университета, Массард впервые синтезировал наночастицы магнетита. Тогда же появились первые коммерчески доступные их образцы.

Магнетит – уникальный материал для биомедицины. Впервые он был идентифицирован в зубах моллюска хитона. В 1975 г. микробиолог Ричард Блэкмор обнаружил магнитные бактерии в морских осадках, в магнитосомах... Магнетит обладает тремя важными достоинствами. Он биосовместим. Может быть модифицирован различными биомолекулами. Глобально нетоксичен для организма. Существенно – в кислой среде он может быть разложен...

В нужное время в нужное место

При встречах с онкологической патологией очень важна диагностика на ранних стадиях. Но для этого наночастицы должны попасть в нужное место в ор-

в то место, где сосуд снабжает опухоль... А значит, будут накапливаться здесь. Иными словами, медик получает возможность направлять наночастицы в нужное место «пассивным транспортом», за счёт эффекта повышенной проницаемости и удержания в опухоли. К тому же здесь нарушен лимфодренаж, нет оттока...

Наночастицы надо как-то увидеть. И здесь велика роль магнитных наночастиц. Этот эффект отлично зарекомендовал себя в МРТ-диагностике. При этом используют разные контрастные агенты. Они требуются при онкологическом поражении печени, когда достаточно слабого контрастирования, чтобы чётко увидеть размер опухоли. Один из контрастных агентов – на основе использования наночастиц. Нетоксичные материалы, которым, к примеру, выступает оксид железа, – очень перспективное направление для создания новых контрастных агентов.

За рубежом, в клиниках США и Европы, до недавнего времени использовали 5 контрастных агентов на основе магнитных наночастиц магнетита, которые покрывали различными полимерами. Они позволяют чётко различать очаги опухолей вплоть до 1 мм. Из-за отложенной токсичности от 4 препаратов пришлось отказаться. Российские исследователи ведут поиск новых контрастных агентов для МРТ-диагностики. Обнадеживающие результаты получены при покрытии наночастиц бычьим и человеческим сывороточным альбумином. Опыты на животных убеждают: при точном подборе размеров – от 40 до 80 нм внутри организма они становятся нетоксичными, хорошо накапливаются в опухоли...

Атака на рак

...Магнетит – это маленький магнитный шарик. Если внутривенно ввести его частицы и к телу приложить магнит, то они должны накопиться в нужном месте и оказать своё терапевтическое действие. Пионером исследований выступил профессор Данте Скарпели. Обнадеживающие результаты были получены на мышах и овцах. Казалось, что рак побеждён. Но выяснилось, что это не так. Важно было, чтобы наночастица не потеряла лекарства в пути. Выяснилось, многое определяет напряжённость магнитного поля, глубина нахождения онкологического очага, скорость кровотоков...

Оказалось, что если частицы

исчезает, выгорает... Этот метод активно развивается. Немецкие врачи в одной из клиник лечат с помощью гипертермии рак предстательной железы. Проблема: как нагреть только опухоль и не затронуть соседние ткани... Важно адресно доставлять частицы в ткань или орган. Для нагрева можно использовать не только магнитные микрокапсулы, но и наночастицы золота. Но тут возникает угроза поражения гемоглобина... Специалисты, похоже, научились обходить эту опасность, сдвигаясь в «прозрачное окно»... Оказалось, что выручают именно наночастицы золота. Новые решения запатентованы, и препараты проходят клинические исследования уже на людях.

Большая часть наночастиц – 80-90% – оказывается в печени, остальная – в селезёнке, немного в костях, лимфоузлах... Как добиться адресной работы – в опухоли? Нам ещё предстоит научиться адресной доставке. Первые шаги сделаны: мы нанесли на поверхность наночастиц определённые молекулы, которые «узнают» опухолевые клетки. Тем самым мы перепределяем направление таких частиц: убираем часть из печени и отправляем в опухоль... Неплохие результаты получены, к примеру, при работе с простатическим специфическим мембранным антигеном (ПСА).

Новые перспективные направления развиваются. Главные производители контрастных агентов находятся в США и Европе – во Франции, Германии, Норвегии, где работают 18 клиник. В двух из них клинические испытания использования наночастиц в борьбе с опухолями вступили в завершающие стадии. В России пока нет использования контрастных агентов на основе магнитных частиц и нет их производства. Лаборатория «Биомедицинские наноматериалы» НИТУ МИСиС при МГУ начала первые доклинические испытания контрастного агента на основе магнитных наночастиц для онкологии головного мозга... Работа с магнитными частицами проводится в Российском онкологическом научном центре им. Н.Н.Блохина, а также в Московском научно-исследовательском онкологическом институте им. П.А.Герцена.

Наночастицы на основе оксидов железа и золота, по мнению специалистов, дают основания с оптимизмом смотреть в завтрашний день медицины.

Записал
Михаил ГЛУХОВСКИЙ,
корр. «МГ».

Гипотезы

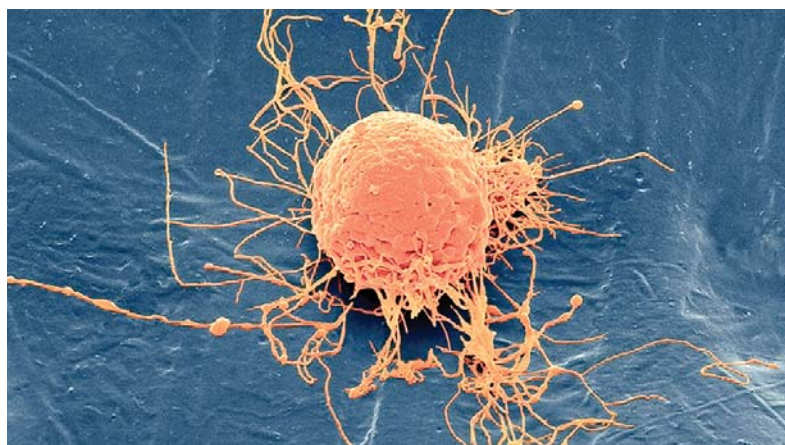
Клеточная терапия

Даже у наших далёких предков, живших более полутора миллионов лет назад, случался рак, о чём свидетельствует недавнее сообщение палеоантропологов. Но только в последние годы в связи с прочтением геномов человека и мыши в понимании молекулярной природы опухолевого процесса наметился прогресс.

Рак может возникнуть в результате мутации любого из генов и необязательно тех, что кодируют синтез протеинов. Цепи ДНК постоянно рвутся, и для восстановления их целостности обрывы обозначаются специальными маркерами, которые привлекают белки репарации нитей жизни. В Национальной лаборатории Беркли, пригороде Сан-Франциско, выделили полтора десятка генов, белковые продукты которых необходимы для нормального разделения половин хромосом в ходе деления. Журнал *Oncotarget* выявил роль фермента Akt в развитии резистентности опухолей к облучению и химиотерапии. Мутации гена были поначалу обнаружены в клетках мышей с тимоматами, или опухолями тимуса, в которой созревают «наивные» в отношении антигенов Т-лимфоциты.

Akt можно сравнить с резидентом контрразведки, контролирующим жизнь клетки, получающей сигналы извне и посредством ферментного каскада цитоплазмы, пересылающего информацию в ядро. Внешние сигналы могут стимулировать клеточное деление, являющееся важнейшим этапом жизненного цикла клетки. Оно возможно при отсутствии большого количества порывов ДНК, в противном случае Akt включает механизм апоптоза (в результате чего «слезает» обгоревшая кожа). При мутациях в его гене регуляция всех клеточных процессов нарушается, и деление клеток идёт «вразнос».

Отдельные трансформированные клетки постоянно образуются в организме, и их «вычищение» происходит с помощью «тимусных», или Т-лимфоцитов. Однако не следует забывать об иммунной толерантности, благодаря которой активные Т-клетки в норме не на-



Стволовая клетка

падают на свой организм, чтобы не было аллергий и других аутоиммунных расстройств. В силу толерантности и подавления раковыми клетками иммунного ответа лимфоциты могут не реагировать на развивающуюся опухоль и её стволовые клетки. В Техасском университете Хьюстона было показано, что противораковое лечение хорошо справляется с лейкемией, но не трогает её стволовых клеток. Учёным удалось с помощью нилотиниба, блокатора апоптоза, значительно уменьшить число покоящихся стволовых клеток опухоли у мышей. Достигнуто это благодаря умелому нацеливанию препарата на комбинацию белковых маркеров на поверхности предшественников опухолевого роста.

Новейшие CARTs представляют собой химерические рецепторы антигенов, генами которых биоинженеры модифицируют Т-лимфоциты для борьбы с раком. Эти ГМ-клетки уже неплохо зарекомендовали себя в деле борьбы с хронической формой лейкемии у детей, повысив успех лечения с 80 до 94%, но теперь речь идёт о лечении плотных, или солидных, опухолей. О первом успехе специалисты Ракового центра в Сياتле сообщили ещё в феврале 2016 г., но тогда речь шла о применении белковых молекул расширенной «чувствительности» у мышей. Теперь же в клинических испытаниях, проводившихся в центре, приняли участие 32 человека.

Химиотерапию на первом этапе

лечения пациентов использовали и в Сياتле, но с несколько иной целью. Циклофосфамид и флударабин вводили людям с одной из форм лимфомы (неходжкинской) для так называемой лимфодеплеции, в результате чего снижалось количество собственных лимфоцитов пациентов. Это делалось с целью освобождения места для введения ГМ-лимфоцитов, призванных бороться с опухолью с помощью своих CARTs. Для закрепления эффекта пациенты получали и вторую инфузию модифицированных Т-лимфоцитов. Исследователи признают, что предложенное ими лечение было не без побочных эффектов у 28% их пациентов, но к этому все были готовы, так как внимательно следили за нарастанием специфических маркеров той же нейротоксичности в плазме крови. В то же время они наблюдали и увеличение числа CART-лимфоцитов в организме, что свидетельствовало об эффективности применявшихся факторов сохранения иммунных клеток и ответе опухоли на их действие. По мнению авторов, это объясняет увеличение сроков выживаемости — без «возврата» опухоли и её прогрессии.

Игорь ЛАЛАЯНЦ,
кандидат биологических наук.

По материалам *Nature Communications* и *Science Translational Medicine*.

Для работы в районной больнице
в пгт Междуреченский Кондинского района,
ХМАО – Югра
(местность приравнена к району Крайнего Севера)

требуются специалисты
с высшим медицинским образованием:

ОНКОЛОГ, ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГ,
ПСИХИАТР ДЕТСКИЙ, ИНФЕКЦИОНИСТ,
ВРАЧ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ, ТЕРАПЕВТ,
ПЕДИАТР, НЕВРОЛОГ, ХИРУРГ,
ОФТАЛЬМОЛОГ, ПАТОЛОГОАНАТОМ.

Предоставляются: единовременная компенсационная
выплата медицинским работникам в возрасте до 50 лет
в размере 1 млн руб.; жильё.

Контакты: <http://kondazdrav.ru>,
e-mail: muz-mrb@rambler.ru, приёмная 8 (34677) 32-110.

Случай

Хронический
бруцеллёз селезёнки.
Образ патологии

КТ брюшной полости

86-летний мужчина из Миннесоты обратился за медицинской помощью в связи с лихорадкой, одышкой и возникшим нарушением сознания.

При физикальном обследовании отклонений найдено не было. В анамнезе были указания на циклическую лихорадку с ночными потами и потерю массы тела на 23 кг, которые имели место за последние 20 лет его работы на

скотобойне. КТ брюшной полости и малого таза (см. рис.) выявила грубые кальцификаты округлой формы в селезёнке размером 4,5 x 2,8 см (стрелка). Культура крови оказалась положительной на *Brucella suis*. Данные анамнеза и положительные результаты лабораторного исследования свидетельствовали о бруцеллёзе селезёнки. Больному было назначено лечение комбинацией доксициклина, рифампина

и триметоприм сульфаметоксозола. Больной выздоровел за 10 дней. Авторы статьи в *New England Journal of Medicine* (2016 г.) M.C.Costello, Mark и J.Enzler полагают, что имеют дело с реактивацией предшествовавшего бруцеллёза, поэтому планировалась пожизненная антимикробная терапия, для того чтобы предотвратить рецидив болезни.

Рудольф АРТАМОНОВ.

Взгляд

В Кремниевой (или Силиконовой, как её часто называют) долине в США ведётся разработка принципиально нового типа протеза, который будет заменять не часть руки или ноги (или, может быть, уха), а работать вместо тех частей мозга, которые поражаются нейродегенеративными заболеваниями. Болезнь Альцгеймера, деменция, инсульт, другие повреждения мозга можно будет если и не излечить, то скомпенсировать, значительно улучшая качество жизни таких больных. Изобретатель технологии работал над ней более 20 лет и наконец-то нашёл своего инвестора, готового финансировать нейропротез, пока тот не выйдет на рынок.

Теодор Бергер возглавляет Центр нейронинженерии в Университете Южной Калифорнии (США) и отвечает за научную составляющую проекта. Именно на его работе основан стартап под названием Kernel, в рамках которого создаётся нейропротез. За экономическую сторону вопроса отвечает Брайан Джонсон, кото-

Протез — спасение

рый не так давно продал свою компанию за 800 млн долл. и до встречи с Бергером искал, куда вложить деньги.

По его словам, он обзвонил около 200 человек, набирая номер каждого, про кого слышал, что он делает что-либо дерзкое и неслыханное в области науки, но это всё было не то. Изначально он планировал инвестировать во что-то, чтобы превратить это из безумной идеи в реальность — устроить шахты на астероидах, создать глобальную генетическую базу человечества или службу доставки на дронах для развивающихся стран. В итоге он нанял команду нейробиологов и поручил им найти кого-то, с кем можно будет создать компанию, специализирующуюся на разработках в области возможностей человеческого мозга.

На тот момент Бергер только собирался переводить своё детище на коммерческую основу

и планировал начать испытания на людях. Когда Джонсон позвонил учёному, тот назначил ему встречу в своём офисе. Они проговорили 4 часа без перерыва и оба поняли, что нашли то, что искали. Через 10 месяцев после той встречи они уже набросали схему прототипа и тестируют свои разработки в больницах на пациентах с эпилепсией. От серьёзных клинических испытаний их сейчас отделяет только то, что аппарат пока так и не удалось сделать переносным, то есть использующие его больные «привязаны» к компьютеру.

Устройство в виде крохотного чипа будет имплантироваться в головной мозг пациентов, страдающих нейродегенеративными расстройствами, и с помощью искусственного интеллекта моделировать утраченные связи между клетками. Например, подчинённый общается с начальником. После разговора мозг

кодирует информацию и в виде набора сигналов перемещает её из краткосрочной памяти в долгосрочную.

Эти сигналы похожи на текст компьютерной программы, который уникален для каждого человека. Нейродегенеративные расстройства разрушают этот код. Задача нейропротеза — в каждой конкретной ситуации смоделировать, какие сигналы должна была послать клетка, если бы она была здорова, создать нужный код и отправить его по нужному адресу. Теодор Бергер уже проводил испытания на крысах и обезьянах, и по результатам работы животные показывали улучшения в этой области.

Брайан Джонсон заявил, что прекрасно понимает — мысль о том, что вскоре по улицам будут ходить люди, которым будет помогать думать крохотный чип, выглядит «притянутой за уши». По его словам, их цель — создать до-

ступный продукт. Он подчеркнул, что многие изобретения сперва использовались привилегированными группами, но потом в конечном итоге принесли огромную пользу человечеству.

В приоритете у Kernel будут прежде всего больные — миллионы людей, теряющие память из-за нейродегенеративных расстройств. Если удастся добиться даже небольшого улучшения в функционировании мозга у больного с деменцией — чтобы он хотя бы запомнил, где в его доме находится ванная комната, — это уже поможет ему сохранить собственное достоинство и существенно улучшить качество жизни. Вторичная цель — это модификация мозга таким образом, чтобы усовершенствовать работу когнитивных функций.

Брайан Джонсон резюмировал: «Что бы мы ни пытались представить — летающие машины или полёт на Марс, это всё происходит из нашего интеллекта. Это самый мощный ресурс в мире, инструмент мастера».

Марк ВИНТЕР.

По информации
washingtonpost.com.

А как у них?

Онколечение должно быть доступным

Две крупные благотворительные организации заявили, что онкобольные в Великобритании не имеют доступа к новым препаратам. По их мнению, британское правительство должно вести прямые переговоры с фармпроизводителями о стоимости препаратов и добиваться гибкой ценовой политики с их стороны. Данные организации стали спонсорами исследования, результаты которого показали, что онкобольные в некоторых странах со сравнительно высокими доходами – Германии, Франции, Австралии, Канаде и Швеции – в основном имеют простой и быстрый доступ к онкопрепаратам. При этом, согласно отчёту, у британских пациентов такого доступа нет.

Например, один препарат, предназначенный для борьбы с новообразованиями молочной железы, включён в схемы лечения рака в Германии, Канаде, Швеции и Франции – в этих странах пациенты могут получить его в стандартном порядке. При этом из всех провинций Соединённого Королевства данный медикамент могут получать только онкобольные в Англии, а Шотландия, Уэльс и Северная Ирландия препарат не закупает.

Благотворительные организации предложили Национальному институту здравоохранения и совершенствования медицинской помощи (NICE), контролирующему цены и применение препаратов в Англии и Уэльсе, и Шотландскому консорциуму лекарственных средств не заниматься оценкой клинической эффективности препаратов, а также отношения затрат на них к результатам лечения. Как и в других странах, в Великобритании, считают благотворительные фонды,

одна организация должна давать рекомендации по использованию препаратов, а другая – договариваться с фармкомпаниями о ценах.

«Говорить о том, что проблема сводится к неспособности договариваться о цене с фармкомпаниями, – это упрощённый подход. Фармпроизводители уже согласовывают цены», – заявил Пол Кэчпол, директор по качеству и доступу на рынок Ассоциации британских фармацевтических производителей (ABPI).

В Великобритании вопросами предоставления лекарства для пациентов, страдающих раком, занимается государственный Фонд онкологических препаратов (Cancer Drugs Fund). Сейчас он переживает дефицит финансирования. Фонд больше не может компенсировать лекарства, не одобренные NICE, так что есть вероятность, что в скором времени пациенты перестанут получать некоторые дорогостоящие лекарства.

«Оставлять пациентов в таком неоднозначном положении просто неприемлемо. Вот почему необходимо принять меры, чтобы производители рассмотрели новые модели выставления цен, и уделить внимание реальным результатам лечения, дабы новые онкопрепараты следующего поколения были доступны тем, кто в них нуждается», – заявила Хезер Блейк, директор отдела сопровождения Prostate Cancer UK.

В настоящее время фармкомпания иногда всё-таки идут на уступки под давлением британского NICE. Например, одной из фирм пришлось снизить стоимость препарата для лечения рака предстательной железы.

Примечательно, что в феврале нынешнего года Национальная служба здравоохранения Великобритании (NHS) объявила об изменении принципа работы Фонда онкологических препаратов, который обвиняли в перерасходе бюджета. Новая схема работы фонда предполагает, что все решения будут приниматься в NICE: она будет выдавать разрешения на закупку препарата для госучреждений, выдавать препарату маркировку, согласно которой он может быть рассмотрен для приобретения через Фонд онкологических препаратов, и лишать её.

Алина КРАУЗЕ.
По сообщению STAT.

Угроза

Жёлтая опасность

Вспышка жёлтой лихорадки в Центральной Африке, которая привела к гибели нескольких сотен человек, может перекинуться на другие регионы, объявил Международный благотворительный фонд помощи детям.

Демократическая Республика Конго объявила о начале эпидемии жёлтой лихорадки в июне нынешнего года. Вирус попал в страну из Анголы, где с конца декабря от этой болезни скончались не меньше 360 человек. Вспышка жёлтой лихорадки в Анголе была признана самой масштабной в истории страны за последние несколько десятилетий.

В начале этой недели в Конго должна была начаться масштабная кампания по иммунизации, в соответствии с которой от жёлтой лихорадки планируют привить бо-

лее 10 млн человек. Более раннее начало кампании было невозможно из-за отсутствия в стране вакцин и шприцев. «От жёлтой лихорадки нет лекарств, и вирус может распространиться по всему миру», – заявила руководитель подразделения фонда в Конго Хизер Керр.

По данным фонда, после серии вспышек жёлтой лихорадки в нынешнем году чрезвычайный запас вакцин составляет сейчас 7 млн доз. В случае нехватки вакцин Всемирная организация здравоохранения рекомендует использовать пятую часть стандартной дозы. Этого достаточно для того, чтобы защитить пациента от заражения лишь на некоторое время. «Мы должны сделать прививки как можно большему количеству детей и родителей с помощью тех запасов

вакцин, которые остались», – заявила Х.Керр.

До начала сезона дождей в октябре ВОЗ собирается сделать прививки 8,5 млн человек в Киншасе, столице Конго, и 3,4 млн пациентов в приграничных областях. По данным ВОЗ на 8 августа, в стране было зарегистрировано 2269 случаев заражения жёлтой лихорадкой (неподтверждённых), 16 человек скончались.

Также масштабная кампания по вакцинации против жёлтой лихорадки начинается в Анголе. Прививки должны быть сделаны 3 млн человек. Эпидемия там идёт на спад: с июля по август этого года не было зарегистрировано ни одного случая жёлтой лихорадки, сообщает ВОЗ. Демократическая Республика Конго также занимает третье место (после Гаити и Танзании) в мире по распространённости холеры.

Борис БЕРКУТ.
По сообщению Reuters.

Иген

Старина артрит

Учёные из Манчестерского университета в Великобритании выступили в роли врачей, обнаружив у гадрозавра – утконосого травоядного ящера – инфекционный артрит.

Это первый такой диагноз среди представителей древних рептилий – в наше время это заболевание наблюдается у птиц, крокодилов и людей, но о том, что ему были подвержены и динозавры, ранее известно не было. Диагноз животному поставили через 70 млн лет после его смерти, и учёные предположили, что его состояние приносило ему массу страданий,

так как болезнь была в довольно запущенной форме.

Ящер-«пациент» когда-то проживал в районе современного Нью-Джерси. От него осталась лишь часть скелета – окаменевший сустав передней лапы, состоявший из лучевой и локтевой костей. Учёные сделали рентгенографию останков, что само по себе было нелегко – так как от любого движения кости, превратившиеся в пирит, могли рассыпаться в пыль. В результате рентгеномикротомографии были получены снимки, которые исследователи-палеопатологи затем сравнили с теми патологическими состояниями птиц

и рептилий, которые уже были им известны.

Диагноз «остеомиелит» был включён, так как зона поражения включала в себя не только саму кость, сколько сустав и хрящи, что было характерно скорее для инфекционного остеоартрита. Если об остеомиелите у динозавров в общем и гадрозавров в частности учёные знали давно, то что касается остеоартрита – это первое задокументированное доказательство того, что эта болезнь поражала и древних рептилий. Скорее всего, большое животное страдало от остеоартрита в течение длительного времени – такой вывод учёные сделали в связи с масштабностью патологических изменений в кости.

Ян РИЦКИЙ.
По информации
royalsocietypublishing.org

Однако

Американские работодатели рассчитывают, что в 2017 г. их траты на медицинские страховки для сотрудников вырастут не более чем на 6%, несмотря на резкий скачок цен на рецептурные препараты. Экономии планируется достичь за счёт внедрения телемедицинских услуг, оптимизации перечня клиник-партнёров, а также сокращения расходов на лечение супругов и членов семей сотрудников. Соответствующие данные представила некоммерческая организация National Business Group on Health (NBGH), объединяющая 425 крупнейших работодателей США.

Телемедицина в целях экономии

NBGH выяснила у 133 крупнейших работодателей США, сколько они планируют потратить на медицинское страхование сотрудников в 2017 г. Основная задача компаний на следующий год – конструктивно изменить план медицинских расходов на работников в рамках страховки, но так, чтобы при этом сотрудникам не пришлось значительно увеличить расходы на лечение из собственных средств.

Большинство работодателей планируют увеличить расходы на корпоративную медицину в среднем на 6% в следующем году. Это станет возможным благодаря оптимизации, которую они проводят в последние два года. Некоторые работодатели сообщили, что их расходы на медстраховку вырастут в 2017 г. на 5% также благодаря изменению подходов к этому направлению.

Внимание работодателей смещается в сторону различных методов оптимизации затрат: телемедицины, более тщательного выбора клиник и объединений клиник, которые обеспечивают удачное соотношение цены и качества медуслуг, а также сокращения расходов на медицинское страхование супругов своих сотрудников.

Ожидается, что в следующем году к телемедицине будут обращаться 70% работодателей в штатах, где это направление законодательно разрешено, а к 2020 г. этот показатель вырастет до 100%.

Телемедицина позволит работодателям значительно снизить затраты на консультации. По оценкам Medpage Today, стоимость очного визита к терапевту стартует от 100 долл., а онлайн-консультация стоит около 40 долл.

«Интересно, что, по нынешним оценкам, стоимость обязательного личного медицинского страхования увеличивается в среднем на 10% в этом году, а это почти в 2 раза больше, чем работодатели рассчитывают потратить в следующем. Это показатель того, что корпоративное здравоохранение остаётся самым эффективным способом обеспечения медицинским страхованием работников и членов их семей», – говорит Брайан Маркот, президент NBGH.

В целом расходы работодателей на медицину растут в основном из-за увеличения стоимости лекарств, особенно рецептурных. При этом ещё 3 года назад эта статья затрат даже не входила в пятёрку самых главных расходов в корпоративном медицинском страховании.

Большинство респондентов (80%) NBGH отмечают, что именно из-за лекарств растут общие расходы на это направление, далее следуют затраты на сложные случаи лечения и условия, в которых оказывается медпомощь.

Ян РИЦКИЙ.
По информации
vademec.ru.

Ну и ну!

Без женщин — в никуда



Исследователи из Университета Майами (США) проанализировали данные о более чем 7,5 тыс. состоявших в браке мужчин и женщин старше 50 лет. Овдовевшие или разведённые мужчины перестают следить за своим здоровьем и умирают раньше, чем их женатые ровесники. Потерявшие же супруга женщины вполне способны позаботиться о себе.

Воспользовавшись данными о 7,5 тыс. семейных пар, которые собирались в течение 16 лет, учёные установили ряд закономерностей. Вдовцы умирали на 35% чаще, а разведённые мужчины почти на 60% чаще, чем их женатые сверстники. При этом развод или смерть супруга не оказывали влияния на продолжительность жизни женщин.

Учёные считают, что заботиться

о своём здоровье большинство мужчин вынуждают жёны, они заставляют своих спутников своевременно обращаться к врачам, принимать лекарства, вести здоровый образ жизни. В том числе пытаются ограничивать их курение. Кроме того, женщины стараются готовить мужьям здоровую пищу. Смерть супруга или развод – тяжёлое психологическое испытание, после которого мужчины часто становятся неспособными позаботиться о себе или обратиться за помощью и запустят существующие болезни.

Большинство женщин в подобной ситуации стараются не замыкаться в себе, они общаются с друзьями и подругами, получают психологическую поддержку, следят за собой и вовремя обращаются за медицинской помощью.

Марк ВИНТЕР.
По сообщению ВВС.

Словосочетание «инвалидный дом» в понимании современного человека имеет отношение целиком к социальной сфере. Что ж, изначально такие дома являлись военными богадельнями для призрения раненых и престарелых воинов и их семейств. Между тем совершенно немногим известно, что наименование «Инвалидный для железнодорожных служащих дом Императора Александра II» было достаточно известным и широкоупотребительным именно в медицинском мире.

345 лет назад, в 1671 г., Людовик XIV основал в Париже знаменитый Hôtel des invalides. Понятие «инвалидный дом» стало распространяться в русском языке с XIX века, хотя в России первое такое учреждение на ограниченное число призреваемых было основано ещё при Екатерине II на Каменном острове в Санкт-Петербурге. О появлении такого рода институтов в России мы узнаём из произведения выдающегося русского врача М.Я.Мудрова «Слово о пользе и предметах военной гигиены» (1809): «Всё, что мы выше говорили о здравости казарм, можно сказать об инвалидных домах. Управление госпиталей столько относится к военной гигиене, сколько сии самые убежища больных и увечных при худом их управлении могут сделаться рассадниками нервных горячек, кровавых поносов и антонова огня для раненых, впрочем здоровых».

Впервые указанное словосочетание фиксируется в Толковом словаре живого великорусского языка В.И.Далё: «Инвалидный дом – богадельня, дом призрения инвалидов». Уже в XX веке в Словаре современного русского литературного языка словосочетание «инвалидный дом» толкуется как «убежище для престарелых». Действительно, почему бы старому человеку не провести последние годы жизни в инвалидном доме?

Многочленное наименование «Инвалидный для железнодорожных служащих дом Императора Александра II» появляется с 1879 г.: «В память имеющего совершиться 19 февраля 1880 г. двадцатипятилетия царствования Государя Императора, учреждается инвалидный дом для железнодорожных служащих увечных и неспособных к труду по болезни, или по старости. На присвоение этому учреждению наименования «Инвалидного для железнодорожных служащих дома Императора Александра II», предполагается испросить Всемилостивейшее соизволение («Общие основания для учреждения инвалидного дома для железнодорожных служащих», 1879).

В произведениях железнодорожных врачей многочисленное наименование учреждения призрения начинает употребляться с конца XIX века: «Лица, получившие увечье во время службы на дороге, а также расстроившие на службе здоровье и, наконец, дряхлые, могут поступить на призрение в Инвалидный для железнодорожных служащих дом Императора Александра II, где семейные пользуются отдельными помещениями для каждого семейства; холостые же помещаются в общих комнатах. (П.Цезаревский, «Salus populi в Люботинских мастерских казённой Харьковско-Николаевской жел. дор.», 1897) .

Употребление полного многочисленного названия этого учреждения отмечается также в начале XX века. Вот что, например, писал М.Игнатьев в «Отчёте о деятельности санатория для больных воинов при Западном Отделении Инвалидного для железнодорожных служащих Дома Императора Александра II, 1905-1906, 1907»: «Война с Японией вызвала в России широкое развитие общественной и частной благотворительности на помощь больным и раненым воинам. Служащие в Инвалидном для железнодорожных служащих Доме Императора Александра II согласились отчислять для этой

цели ежемесячно 2% из своего содержания, а призреваемые изъявили готовность уделять около 1% из получаемого ими привычного довольствия».

Однако по мере возрастания частотности употребления вышеуказанного словосочетания оно подвергалось редукции.

«Вместе с тем Управление Инвалидного Дома обратило внимание Совета, что помимо больных и раненых воинов жертвами войны могут быть и служащие на сибирских железных дорогах в силу чрезмерно усиленной их деятель-

благотворительное учреждение, созданное в 1880 г. по инициативе представителей русских железных дорог в ознаменование 25-летия благополучного царствования упомянутого монарха для призрения бывших железнодорожных служащих, которые получили увечья при исполнении служебных обязанностей и потеряли трудоспособность по расстроенному по службе здоровью или старости. Учреждение же представляло собой небольшой посёлок с домами для семейных и одиноких инвалидов железнодорожной службы.

помянутому закону, важной структурной единицей Инвалидного для железнодорожных служащих Дома Императора Александра II должны были стать медико-механические институты в целях долечивания пациентов, утративших трудоспособность от телесных повреждений. Впрочем, они имели другое название, представляющее собой коммеморативный термин «Цандеровский институт».

Реалия, обозначаемая указанными многокомпонентными наименованиями, известна с конца XIX века. Обозначение указанного

в которое могут быть помещаемы служащие из других железнодорожных больниц и приёмных покоев, в случаях особенно сложных, требующих помощи специалистов или специальных приспособлений и аппаратов (как, например, Рентгеновский или Цандеровские ортопедические аппараты), которыми по их дороговизне нельзя снабдить отдельные железнодорожные больницы и приёмные покои», – писал в 1910 г. старший врач Врачебно-санитарной службы Управления Северо-Западных железных дорог Н.Вашенко.

Далёкое – близкое

Инвалидный дом – не богадельня!

Грандиозным планам по его превращению в «холдинг» помешала Первая мировая война...



Инвалидный для железнодорожных служащих дом императора Александра II

ности и необычных условий её (Игнатьев, 1907).

«Западное Отделение Инвалидного Дома, расположенное на юге Брестского уезда Гродненской губернии на границе Седлецкой, Люблинской и Волынской губ., на берегу реки Западного Буга, в 6 верстах от города Влодавы (Седлецкой губ.) и в 3 верстах от станции Влодава Привислянских железных дорог, представляет, как и другие Отделения, небольшой посёлок с домами для семейных и одиноких инвалидов железнодорожной службы, с церковью, школой, больницей, домами администрации» (Игнатьев, 1907).

«В связи с указанной постановкой железнодорожной медицины, вся её организация заграницей не очень сложна. Нет там ни ж.д. больниц, нет приёмных покоев, нет аптек; нет санитарных врачей, нет акушеров, фельдшеров, врачей-специалистов – исключительно для целей освидетельствования. О каких-либо организациях, подобных Инвалидному Дому Императора Александра II, или железнодорожных курортах, санаториях или цандеровских институтах там и не слышали. (С.Рощевский, «Роль врачебно-санитарной организации русских железных дорог в военное время», 1914)

Из приведённых примеров видно, что при частом употреблении произошла редукция словосочетания до возникновения новых многочисленных названий: «Инвалидный Дом», «Инвалидный Дом Императора Александра II». Мы же осмелимся со своей стороны дать следующее определение единице, именуемой это учреждение. Инвалидный для железнодорожных служащих и рабочих дом Императора Александра II – это русское

С июля 1912 г. в соответствии с принятым Законом о преобразовании Инвалидного для железнодорожных служащих и рабочих дома Императора Александра II открылись больницы для душевнобольных на 600 кроватей, санатории для страдающих бугорчаткой лёгких на 200 кроватей, кумысолечебницы на 300 кроватей, общежития при грязелечебницах и соляных озёрах на 280 кроватей, общежития при Кавказских Минеральных Водах на 200 кроватей, приюты для инвалидов на железнодорожной сети на 400 чел.

По назначению они делились следующим образом: учреждения для полного призрения инвалидов, преимущественно нуждающихся в постоянном за собою уходе, одиноких и бездомных, а равно в исключительных случаях по особым правилам и нуждающихся в постоянном за собою уходе семейных с их семьями; колонии для призрения инвалидов, могущих содержать себя и семейства собственным иждивением при предоставлении им безвозмездно помещения; учреждения для лечения и призрения душевно- и нервнобольных с острыми и хроническими заболеваниями; медико-механические институты и для освидетельствования степени утраты трудоспособности в сомнительных случаях; лечебные заведения и общежития при кумысолечебницах, грязелечебницах, минеральных водах; климатические лечебницы для страдающих бугорчаткой и затяжными формами заболеваний органов дыхания; климатические станции для выздоравливающих и лиц с ослабленным здоровьем, нуждающихся в более или менее продолжительном отдыхе.

Но это не всё. Согласно вышеу-

чреждения связано с именем Густава Цандера, профессора анатомии в Уппсальском университете (Швеция), занимавшегося исследованиями в области физиологии мышечного сокращения. В 1865 г. он открыл в Стокгольме первый институт врачебной гимнастики.

Притяжательное прилагательное «цандеровский» начинает употребляться в нетранслитерированном виде, как и само имя собственное (фамилия) Цандер, как в русских переводах немецких текстов на медицинскую тему, так и в текстах, принадлежащих перу русских специалистов.

«Если бы устройство обширных медико-механических институтов по системе Цандера встретило препятствие в близком будущем, то возможно было бы при каждом врачебном приёмном покое одеть особую комнату и снабдить её простыми, не особенно дорогостоящими медико-механическими аппаратами, которых уже существует немало», – делится своим мнением с коллегами врач Вырубов.

В текстах произведений железнодорожных врачей также возможно оказывается употребление прилагательного «цандеровский» в сочетании с другими существительными, именуемыми реалии, связанные с механотерапией. «Постройка железнодорожной больницы представляется неотложно необходимой для нужд местного железнодорожного населения и при размерах в 150 кроватей, она едва будет в состоянии удовлетворить потребность в больничной помощи; к высказанному следует однако добавить, что новая больница в Петербурге с опытными врачами-специалистами по разному рода заболеваниям даст возможность иметь центральное учреждение,

Из отделений Инвалидного для железнодорожных служащих дома Императора Александра II наиболее полным отражением в текстах врачей отличается Западное отделение, располагавшееся на юге Брестского уезда Гродненской губернии. При нём в годы войны с Японией была открыта колония душевнобольных для воинских чинов, которые страдали душевным и нервным расстройством ввиду участия в военных действиях. В итоге эта структура стала психиатрической колонией для всей железнодорожной сети.

На начало 1915 г. в ней находилось 72 человека душевнобольных железнодорожников, требующих длительного лечения. Вторую лечебницу предполагали возводить во Влодаве, расширяя существовавшую там колонию. Но не сложилось. Первая мировая война и последующие события не дали осуществиться и глобальному плану, принятому особым совещанием в 1913 г. под председательством директора канцелярии министра путей сообщения Н.М.Туган-Барановского – построить 11 механотерапевтических институтов на территории Российской империи.

Не потому ли отсутствуют данные о том, чтобы медико-механические (или Цандеровские) институты открывались при железнодорожных медицинских учреждениях? В сочинениях врачей стальных магистралей речь шла либо, всего лишь, о намётках по их образованию, либо о залах или иных особых помещениях, оборудованных соответствующими аппаратами при железнодорожных больницах. Вместе с тем подобные немногочисленные учреждения нарождались в начале прошлого века в Одессе, Харькове, Ессентуках и ряде других городов, не имея отношения к системе медицинского обеспечения железнодорожных перевозок. Институт механотерапии и до сих пор в «строю» со своими действующими 54 цандеровскими аппаратами медицинской реабилитации, при том, что в Европе и Америке о них остались лишь воспоминания.

...Инвалидный для железнодорожных служащих дом Императора Александра II и Цандеровский институт, как его структура, окончательно ушли из железнодорожно-медицинского быта, по-видимому, в конце 1918 г. Тогда железнодорожную медицину изъяли из ведения Народного комиссариата путей сообщения и передали вновь сформированному отделу путей сообщения Народного комиссариата здравоохранения, что привело, в свою очередь, к сокращению и даже закрытию старых медицинских учреждений ведомства.

Наталья СКРЯБИНА,
библиограф
фундаментальной библиотеки
Военно-медицинской академии
им. С.М.Кирова.

Санкт-Петербург.

Сокровенное

Педиатр и поэт

Памяти педиатра, доктора медицинских наук Виктора Шемитова (1930-2004)

Виктор Шемитов родился 13 июля 1930 г. в глухой деревне Могилёвской области. В годы Великой Отечественной войны подростком принимал активное участие в партизанском движении, был тяжело ранен.

В 1955 г. окончил Минский государственный медицинский институт. С 1955 по 1969 г. прошёл путь от участкового педиатра до главного педиатра Минской области. Последующие годы связаны со Смоленским государственным медицинским институтом: профессор Шемитов принимал активное участие в создании и развитии педиатрического факультета, который в сентябре этого года отмечает своё 50-летие. Стал основоположником и первым руководителем кафедры педиатрии факультета усовершенствования врачей СГМА.

Основные научные исследования посвящены изучению токсикоза у детей. Автор научной школы по изучению токсикоза. Подготовил более 100 научных публикаций, в том числе 3 монографии, одно изобретение (совместно с профессором С.Кирилловым). Под его руководством защищено 5 кандидатских диссертаций.

Виктор Филиппович был не только талантливым учёным и педагогом, но ещё и замечательным поэтом. Им написано более 1000 басен, свыше 500 стихотворений и сонетов, издано 8 поэтических сборников.

Профессор Шемитов скончался 16 сентября 2004 г. Похоронен в Смоленске. Светлая память о нём и сейчас живёт в сердцах его коллег и выпускников педиатрического факультета Смоленского медицинского института. Для читателей «Медицинской газеты» – лучшие поэтические творения Виктора Филипповича.



Тотчас же к Дятлу обратилась:
«Ты по болезням, говорят,
знаток большой,
Не откажи в лечении больной».
«Пей зверобой!»
«Так он медведей убивает!
Со мной что сотворит,
сам чёрт не знает!»

Вот так
Других лечить
Да и учить
Любой мастак!

Плати за всё (басня)

Петух пред Курицей
И так, и этак увивался,
В любви к ней объяснялся:
Бил в грудь крылом который раз,
Пускал слезу на глаз,
Но Курица никак
Не шла с ним на контакт.
А петухи самолюбивы
И в домогательстве спесивы.
Петух стал петь.
Раз двадцать заливался перед ней,
Пытался в небеса взлететь.
И снова, ходуном пройдясь вокруг,
К любви склонял своей.
А Курица опять никак
Не шла с ним на контакт.
«Послушай, друг, –
Не выдержав, Хохлатка Петуха
притормозила, –
Я в детстве очень дождевых
червей любила,
Ну нет червя – найди зерно,
А то финтишь, как в старом
том кино».

И петушина любовь,
выходит, устарела:
Плати, как Курица велела,
И баста дело!

Колдовство любви

Идёшь по жизни тихо, не спеша,
Вокруг всё буднично и прозаично,
И вдруг взрывается огнём душа,
И манит то, что было безразлично.

Ручей весенний не журчит – поёт,
А блики на заре, искрясь, танцуют,
Жасмина ветка для тебя цветёт,
И голуби таинственно воркуют!

Душа томится и чего-то ждёт,
Летишь на крыльях трепетных
желаний.
Случайный взгляд, жеманный
поворот –
И ты уже во власти ожиданий.

Когда взрывается огнём душа...

Как всплески летней утренней зари,
Внезапно колдовство
святой Любви!

От всех болезней (басня)

Подслушала сорока разговор:
«Пью зверобой, отличное
лекарство, помогает!»

Его с тех пор от всех болезней
назначает.
«Нога болит», – пожаловался Волк.
«Так это у тебя радикулит.
Попей недельку зверобой
И снимет – как рукой!»
Так каждому, кто занемог,
Готов совет:
«Пей зверобой – и весь секрет!»
Случилось заболеть самой.

Голл. живо-писец

Япон. Вене-ция

Параг-вайский чай

Проти-водиа-рейное

Помра-чение созна-ния

Алфа-вит

Рос. естест-воиспы-татель

Швед. нейро-физи-олог

Грязи, река

Амер. воен. хирург

Мать Тесея

Камен-ная гора

Серый дронг

Зар-плата

Франц. мате-матик

Итал. компо-зитор

Жилище эски-мосов

Рабо-тает на станке

Дональд ... (утенок)

Однако

Гибсон, фильм

Бульчев

Лип-ницкая

Часть туло-вища лошади

Вепрь

Муз. знак

Мутный воздух

Живо-писец ... Вылка

Изобрел телефон

Соляной раствор, водоем

Старин. шахтер. инстру-мент

Десмо-прессин

Живо-писец ... Вылка

Китай-ский финик

Пьеса Замя-тина

Цапля

Соци-альная речь

Город, Оренб. обл.

Закон ...

Раство-рение горных пород

Месяц

Даже (стар.)

Братья ... Симе-нон

Волос над губой

Б И Н О М ... А ... И Ш Ш А Ц К

У А У И Л К И П Р О Н О Р А Н А Л О

Д О Л А К М Л Е О А Т О Р Е А Л С

К И А Н К И Л О З А В Р П Л А Т О Н О Л Т

Ш А Р М О Р Т К Л А З С О Л И М П И Я

А А Л Е С А С И П Б В Ш Н Е К О Т К

Р Я Д Н О И Т А К Н Р А Е К

И Ж Б У К Е А В И Ц Е Н Н А

А П О Р Е З О Н Г Н О М

Картина Рериха

...-два (воин.)

Звезда, Кит

Пере-дача мяча

Малая планета

Родст-венник карпа

Автор Валерий Шаршуков

Учили-ще

СКАНВОРД

Отвeты на сканворд,
опубликованный
в № 67 от 07.09.2016.