

Медицинская

17 февраля 2016 г.
среда
№ 11 (7631)

Газета®

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

События

В едином поле

В России создан первый стоматологический научно-образовательный кластер



Министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова приняла участие в заседании, на котором было объявлено о формировании совета стоматологического научно-образовательного медицинского кластера Минздрава России. Это событие произошло в преддверии международного дня стоматолога. В новое объединение должны войти все стоматологические факультеты вузов системы Минздрава и медицинские факультеты, которые действуют в классических университетах Минобрнауки России.

– Стоматологическая общественность показала свою сплочённость, – отметила в своём выступлении перед

Олег Янушевич (справа) знакомит Веронику Скворцову с выставкой фирм-производителей стоматологического оборудования

собранием В.Скворцова. – Об этом говорит присутствие здесь представителей большинства вузов, Центрального НИИ стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, Стоматологической ассоциации России. Новый кластер станет хорошим инструментом для интеграции усилий в образовательном и научном пространстве.

В этом году стоматологи и провизоры первыми пройдут аккредитацию на право заниматься профессиональной деятельностью. Проверка образовательных программ выявила различия в том, как именно студенты получают знания. Эти подходы

нельзя назвать унифицированными. Между тем экзамен для прохождения аккредитации включает: тестирование, практическую проверку навыков и решение ситуационных задач.

– Единое информационное поле позволит «тиражировать» лучшие лекции по различным направлениям, поможет использовать дистанционные модули, а они дадут возможность каждому студенту объективно оценить свои знания и умения, исправить недостатки, равняться на лучшие практики, – подчеркнула В.Скворцова.

(Окончание на стр. 2.)



Вероника СКВОРЦОВА,
министр здравоохранения РФ,
член-корреспондент РАН:

В нашей стране только 40% больных регулярно принимают лекарства, назначенные им после проведения операций на сердечно-сосудистой системе.

Стр. 4



Вадим ЯНИН,
министр здравоохранения
Красноярского края:

Амбулаторно-поликлиническое звено в его нынешнем виде вряд ли будет актуально через полтора десятка лет.

Стр. 5



Алексей ХОХЛОВ,
проректор МГУ им. М.В.Ломоносова,
академик РАН:

Мерилом авторитета того или иного учёного на сегодняшний день является его компетентность и активность на профессиональном поприще.

Стр. 7

Проекты

Новые перспективы Морозовской больницы

Во время недавнего посещения детского центра онкологии и гематологии Морозовской детской городской клинической больницы мэра Москвы Сергей Собянин сообщил, что здесь будет открыто отделение трансплантации костного мозга для детей с острыми лейкозами.

Для оснащения отделения будет закуплено лучшее медицинское оборудование, предварительная стоимость которого 3,9 млрд руб., в том числе компьютерные и магнитно-резонансные томографы, рентгенодиагностические и рентгенохирургические аппараты, ультразвуковые диагностические системы, а также широкий спектр диагностического, профилактического и хирургического оборудования. Планируется, что в каждой палате будут установлены системы видеонаблюдения за состоянием детей, а для

мам предусмотрят отдельные спальные места.

Строительство нового объекта Морозовской больницы является федеральным проектом, реализуемым совместно правительством Москвы и Минздравом России. Проект представляет собой очень важный этап в развитии медицины и возможности оказания необходимой помощи онкобольным детям столицы.

Как известно, Морозовская детская больница – это крупнейшее многопрофильное медицинское учреждение Москвы, где оказывается медицинская помощь детям вплоть до достижения ими 18-летнего возраста. В структуру стационара входят 29 отделений на 1060 коек, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь детскому населению.

Марк ВИНТЕР,
МИА Cito!

Москва.

Профилактика

Главное – предупредить болезнь

На Южном Урале прошла декада, посвящённая борьбе с онкологическими заболеваниями. Девизом её стали слова: «Рак – не приговор». Основной задачей мероприятия являлось повышение осведомлённости жителей региона о том, что ранняя диагностика позволяет спасти большее количество людей от грозного заболевания, а снижение и устранение факторов риска развития злокачественных опухолей дают возможность человеку сохранить здоровье как можно дольше.

Больше всего на Южном Урале людей погибает от рака лёгких (18,7%), желудка (10,5%), а также молочной железы (8,9%). Поэтому в рамках акции в медицинских организациях особое внимание уделялось проведению профилактических осмотров и консультированию по ранней симптоматике онкозаболеваний.

– Регулярная диспансеризация и профосмотры позволяют врачам выявить злокачественные образования на ранних стадиях, – напомнила начальник Управления организации медицинской помощи взрослому населению Минздрава Челябинской области Ольга Агеева. – Большинство

злокачественных опухолей, диагностируемых на ранних стадиях, сегодня могут быть излечены. Прежде всего это утверждение касается видимых опухолей, обнаружение которых даже не требует использования высоких технологий и на выявление которых направлены работа смотровых кабинетов, женских консультаций, маммографическое обследование женщин и ПСА-тестирование для мужчин.

Мария ХВОРОСТОВА,
внешт. корр. «МГ».

Челябинск.

DIXION
МЕДИЦИНСКАЯ ТЕХНИКА ОТ ЕДИНОГО ПРОИЗВОДИТЕЛЯ

ОСНАЩЕНИЕ КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ЛАБОРАТОРИЙ

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

Новости

Медстраховщиков
не исключат из системы ОМС

Правительство РФ не поддержало инициативу Счётной палаты России об исключении страховых организаций из системы обязательного медицинского страхования, отклонив это предложение.

В аппарате кабинета министров подтвердили получение информационного письма от Счётной палаты, сообщив, что предложение по исключению страховщиков из системы ОМС не поддержано. «Радикальных мер не планируется. Будет вестись работа по усилению контроля со стороны страховых организаций за оказанием медицинской помощи застрахованным лицам, за качеством лечения», – пояснил источник в аппарате Правительства РФ.

По данным Росстата, на конец сентября 2015 г. в стране насчитывались 54 страховые медицинские организации. Их деятельность стала предметом проверки Счётной палаты в сентябре – декабре 2015 г., в ходе которой были установлены факты оплаты медицинских услуг, которые выполнены не были.

По словам президента Межрегионального союза медицинских страховщиков Дмитрия Кузнецова, большинство вскрытых в ходе проверки проблем сами же аудиторы объясняют в своём отчёте несовершенством нормативной базы ОМС, отсутствием ряда стандартов.

Валентин МАЛОВ.

Подмога для фельдшеров

Губернатор Ульяновской области Сергей Морозов вручил первые денежные сертификаты на улучшение жилищных условий по программе «Земский фельдшер».

– Мы и дальше будем развивать медицину на селе, обновлять фельдшерско-акушерские пункты, – сказал С. Морозов. – Начата реализация федеральной целевой программы «Устойчивое развитие сельских территорий», по которой в этом году будет введён в эксплуатацию модульный офис врача общей практики в посёлке Цемзавод Сенгилеевского района. Кроме того, в 2016 г. ещё в ряде муниципальных образований мы планируем открыть новые ФАПы и офисы врача общей практики. Сумма софинансирования данной федеральной целевой программы из областного бюджета увеличена в 10 раз. Всего на эти цели из региональной казны будет направлено 27 млн руб. Модернизируя материально-техническую базу, мы также ставим перед собой задачи по привлечению кадров. И региональная программа «Земский фельдшер» станет хорошим подспорьем.

Виктория ГУРСКАЯ.

Ульяновск.

Центр здоровья колесит по Алтаю

Недавно более 260 жителей Троицкого района Алтайского края проверили своё здоровье благодаря выездной работе краевого центра медицинской профилактики. Вначале в районной администрации прошёл «круглый стол», посвящённый проблемам здоровья и важности диагностических обследований, а затем в течение 3 дней врачи побывали в нескольких сёлах региона.

Вместе со специалистами центра здоровья там также работали онколог онкологического диспансера и психиатр-нарколог наркологического диспансера Бийска.

В комплекс профилактического обследования были включены определение веса, индекса массы тела, артериального давления, уровня глюкозы и холестерина в крови, оценка работы сердца и сосудов, лёгких, консультации специалистов. Жители с охотой приняли возможность пройти обследование и получить информацию по коррекции выявленных факторов риска.

Алёна ЖУКОВА.

Алтайский край.

Врач родила тройню

В областном перинатальном центре Александрo-Мариинской областной клинической больницы на днях родилась тройня – два мальчика и девочка. Прибавление случилось в семье Зайцевых, где счастливая мама – Людмила – врач областной детской клинической больницы им. Н.Н.Силищевой. Дома новорождённую тройню с нетерпением ждёт старшая 5-летняя сестрёнка.

С ноября прошлого года будущая мама находится под наблюдением врачей областного перинатального центра. В течение 2,5 месяца находилась на стационарном лечении в отделении патологии беременности на сохранении. В обследовании и лечении женщины участвовали ведущие специалисты клиники. Усилия врачей оказались не напрасны. На свет появились девочка весом 2180 г, и два мальчика – 2230 и 2010 г.

В настоящее время мама чувствует себя хорошо. Малыши находятся под наблюдением опытных неонатологов и реаниматологов.

Это вторая с начала года тройня в Астрахани. Ровно месяц назад в клиническом родильном доме в семье Медведевых родились также два мальчика и девочка. Малыши уже выписаны домой.

Анна ЛЮБЕЗНОВА.

Астрахань.

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

Акценты

Во имя здоровья москвичей

Идёт активная проверка аптечной сети



Работникам московских аптек в эти дни расслабляться некогда

В столице устойчиво снижается заболеваемость гриппом и ОРВИ. Ежедневно количество обращений москвичей за помощью к врачам сокращается на 10-15%. То же самое относится и к вызовам скорой и неотложной помощи. Тем не менее поликлиники города продолжают работать 6 дней в неделю, а в аптеках поддерживается достаточный запас противовирусных препаратов.

В настоящее время Департамент здравоохранения Москвы проводит проверку аптек, в отношении которых поступила информация о нарушениях. Наиболее часты нарушения на отсутствие противовирусных препаратов, а также свободную продажу лекарств, которые должны отпускаться по рецепту врача. Руководитель Дирекции по ко-

ординации деятельности медицинских организаций Департамента здравоохранения Москвы Андрей Белостоцкий заявил, что в столичных аптеках не наблюдается дефицита противовирусных препаратов. – По результатам проверки аптек, подведомственных Департаменту здравоохранения города, нарушений не выявлено. Сейчас ситуация в аптечной сети остаётся стабильной. По мере необходимости запасы лекарственных препаратов оперативно пополняются, столица обеспечена противовирусными препаратами в полном объёме, – пояснил он.

По словам специалиста, реализация противовирусных препаратов отныне производится только по рецепту врача. Данная мера позволит избежать неконтролируемой скупки лекарств с

целью профилактики заболеваний. Ранее в аптечных сетях отмечали необоснованный ажиотаж вокруг противовирусных препаратов.

«Лекарства покупаются часто необдуманно, без учёта того, что каждый препарат имеет срок годности, и он нужен на конкретный, непродолжительный период. Для профилактики пациенты покупают по 5-10 упаковок, а вот те, кто уже болен, предпочитают сразу обращаться к врачу и не заниматься самолечением», – рассказала заведующая аптекой № 3 Надежда Подлужная.

Как ранее заявил начальник Управления фармации Константин Кокушкин, эпидемиологический порог в Москве по-прежнему превышен. Чтобы остановить эпидемию в правительстве Москвы предприняли ряд мер.

«В том числе мы ограничили посещение родственниками пациентов в стационарах, увеличили рабочий день врачей в поликлиниках и ввели 6-дневную рабочую неделю», – отметил руководитель Департамента здравоохранения Москвы Алексей Хрипун.

Важно подчеркнуть, что критической эпидемиологической ситуации во многом удалось избежать благодаря прививочной кампании: среди заболевших гриппом нет ни одного привитого.

Яков ЯНОВСКИЙ.

МИА Cito!

Москва.

Фото Александра ХУДАСОВА.

События

(Окончание. Начало на стр. 1.)

Министр выразила надежду, что с отработкой системы, позволяющей объективно оценить уровень подготовки, анализировать слабые её места и устранять их, подготовка студентов будет соответствовать самым лучшим мировым стандартам. Будущим докторам предстоит выполнить серьёзные контрольные задания на экзамене. Этот вопрос – крайне значимый и важный, он касается всего стоматологического сообщества.

– Мне бы очень хотелось, чтобы большинство выпускников вузов смогли с первого раза сдать аккредитационный экзамен, – продолжила Вероника Игоревна. – Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И.Евдокимова – особый университет, который по праву и достойно выступает координатором этого проекта. Ректор МГМСУ профессор Олег Янушевич и его коллеги проделали большую подготовительную работу. 14 договоров о вхождении в кластер уже подписаны, и 6 вузов заканчивают подготовку документов. А это 20 медицинских вузов, участвующих в формировании единого образовательного поля на территории РФ.

В едином поле



Заседание совета

– Создание подобного объединения, ориентированного на эту задачу, поможет в развитии науки, формировании новых образовательных программ, – сказал корреспонденту «МГ» ректор МГМСУ им. А.И.Евдокимова. Руководителем совета стома-

тологического кластера на первый год его существования избран профессор О.Янушевич.

Алексей ПАПЫРИН,
корр. «МГ».

Фото
Александра ХУДАСОВА.

Перемены

Инвестируя в науку

Центр доклинических трансляционных исследований на территории Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова будет реконструирован. Об этом сообщили в пресс-службе Комитета государственного строительного надзора.

В центре будет 8 надземных и 2 подземных этажа. Будут также переустроены помещения вивария, для

которого сделают изолированный вход. Застройщиком выступает сам РНИМУ, реконструкцию проведут за счёт средств федерального бюджета.

Центр будет предназначен для внедрения достижений фундаментальной науки в повседневную медицинскую практику, акцентировали в руководстве Комитета государственного строительного надзора.

Валентин СТАРОСТИН.

Решения

Лицензировать лекарства могут принудительно

Президент РФ Владимир Путин изучит возможность принудительного лицензирования лекарств от гепатита. Об этом он заявил на встрече актива Клуба лидеров – объединения средних и мелких предпринимателей из различных отраслей.

Президент одной из компаний Викрам Пуния обратился к главе государства с просьбой применить механизм принудительного лицензирования, чтобы дать отечественным производителям возможность выпускать современные препараты для лечения гепатита. В стране более 2 млн человек нуждаются в лечении этой патологии, а терапия одного пациента обходится примерно в 3 млн руб. «Представьте себе цифры: если одновременно всех пытаться вылечить – это триллионы рублей. Понятно, что в бюджете ни одного

государства нет таких денег для лечения этого заболевания», – сказал В.Пуния, компания которого специализируется на производстве препаратов от социально значимых заболеваний, включая гепатит.

По его мнению, механизм принудительного лицензирования в отношении препаратов этой категории «даст снижение стоимости препаратов в десятки раз. Этот механизм работает уже в странах-партнёрах БРИКС».

Действительно, такую возможность даёт международный договор «Соглашение по торговым аспектам прав интеллектуальной собственности» (TRIPS), позволяющий странам выдавать местным компаниям разрешения на производство дженериков критически важных препаратов до истечения срока оригинальной лицензии. Например, Индия принудительно

лицензировала таким образом один препарат.

В.Пуния заметил, что в рамках принудительного лицензирования отечественный производитель смог бы выпустить более современные и эффективные препараты от гепатита.

Принудительное лицензирование как схема повышения доступности лекарств некоторых категорий в последнее время активно обсуждается на разных уровнях. В октябре 2015 г. представители 19 некоммерческих организаций по борьбе с эпидемией ВИЧ обратились к премьер-министру РФ Дмитрию Медведеву с просьбой ввести принудительное лицензирование антиретровирусных препаратов, предназначенных для лечения ВИЧ. Позднее в поддержку этой инициативы выступила ООН.

Илья БАЛТЯНСКИЙ.
МИА Сити!

Официально

Независимая экспертиза стала обязательной

Вопросы проведения независимой оценки качества оказания медицинской помощи обсуждались на видеоселекторном совещании, которое провёл первый заместитель министра здравоохранения РФ Игорь Краграманян.

В совещании приняли участие руководители региональных органов управления здравоохранени-

ем, представители общественных советов при органах государственной власти, а также руководители медицинских организаций. Было отмечено, что независимая оценка – это форма общественного контроля условий оказания услуг медицинскими организациями, которая основывается на мнении пациентов и проводится не реже одного раза в три года и не чаще одного раза в год.

Также подчёркивалось, что до конца 2017 г. все медицинские организации, участвующие в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданской медицинской помощи, должны принять участие в независимой оценке качества оказания услуг медицинскими организациями.

Соб. инф.

Тенденции

Карантин отменять ещё рано

Внеочередное заседание комиссии по чрезвычайным ситуациям и пожарной безопасности при правительстве Калужской области провёл заместитель губернатора Юрий Кожевников. Как сообщила на заседании министр здравоохранения региона Елена Разумеева эпидемиологическая ситуация по заболеваемости гриппом и ОРВИ осложнилась. За январь на территории региона заболело 33 428 человек, умерло 8. На 4-й неделе месяца эпидемиологический порог был превышен на 94,8%. Наибольшая заболеваемость респираторными инфекциями регистрируется в Кировском, Людиновском районах и Калуге.

– Заболеваемость выше пороговых показателей уже во всех возрастных группах: дети до 2 лет – 33,4%; от 3-6 лет – 7,9%; от 7-14 лет – 34,6%; 15 лет и старше – 73,4, – пояснила она.

Что касается летальных случаев, то каждый из них разбирается на комиссии в министерстве. Как показывает предварительный анализ, умершие не прививались от гриппа, поздно обращались за помощью к врачу и 6 из них имели сопутствующие заболевания – ИБС, ожирение, сахарный диабет.

Медицинские организации повсеместно развернули изоляторы для лечения больных с тяжёлыми формами гриппа и ОРВИ. Состав-

лен план дальнейшего реперофилирования коек, который будет задействован, если в этом возникнет необходимость. В первую очередь такие меры могут быть приняты в центральных районных больницах. В них отсутствуют инфекционные отделения, поэтому выход из положения – дополнительно создать 2-3 палаты для приёма экстренных больных с тяжёлыми формами ОРВИ и гриппа.

О том, что система здравоохранения к работе в сложных условиях готова, свидетельствует и такой факт. С 26 января развернуто дополнительно 64 койки в инфекционном стационаре, и в настоящее время принимать больных могут 135 коек. Инфекционное отделение на 25 коек организовано на базе Калужской областной клинической больницы скорой медицинской помощи им. К.С.Шевченко. На 20 таких коек увеличены терапевтические отделения в Калужской городской больнице № 5 (с 60 до 80) и в Калужской городской больнице № 4 им. А.С.Хлюстина. До эпидемии гриппа количество инфекционных коек в соответствии с программой госгарантий в Калужской области составляло 171.

Елена Разумеева подчеркнула, что в случае необходимости можно привлечь дополнительное количество медицинских работников, реперофилировать ещё большее число коек. Запасы солевых растворов, противовирусных

и антибактериальных препаратов, дезинфицирующих средств, защитной одежды для персонала имеются в полном объёме. В случае необходимости в течение 3 дней аптечные учреждения обеспечивают доставку и наличие дополнительных лекарственных препаратов.

Из числа заболевших лабораторно обследовано 246 человек, из них грипп подтверждён в 138 случаях, что составляет 56,1% (выделяется вирус А (H1N1).

Между тем, по информации Министерства образования и науки Калужской области, в связи с высокой заболеваемостью гриппом и респираторными инфекциями на карантин закрыты 28 детских садов, 128 школ и 6 учреждений профессионального образования. В ряде общеобразовательных организаций образовательный процесс частично приостановлен.

Заместитель губернатора Юрий Кожевников призвал руководителей к усилению санитарно-гигиенического контроля, а также к временному ограничению или полному запрету массовых культурных, спортивных и других мероприятий.

– Общими усилиями мы эту эпидемию гриппа обязательно победим, – такими словами Ю.Кожевников завершил видеоконференцию.

Павел АЛЕКСЕЕВ.
МИА Сити!

Калуга.

Перспективы

Стратегия противодействия ВИЧ

В Министерстве здравоохранения РФ прошло заседание под председательством заместителя министра Сергея Краевого.

Совещание было посвящено обсуждению проекта государственной стратегии противодействия распространению заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека, и ассоциированных с ним заболеваний, разработанной Минздравом России по поручению председателя Правительства РФ Дмитрия Медведева.

Открывая совещание, помощник министра Ляля Габбасова рассказала о проекте глобальной стратегии ВОЗ для сектора здравоохранения по ВИЧ на 2016-2021 гг. и о том взаимодействии Минздрава России, которое ведомство осуществляет совместно с ООН в области разработки мер по борьбе с ВИЧ-инфекцией. Цель принятой повестки ООН в области

устойчивого развития – остановить эпидемию вируса иммунодефицита до 2030 г., поэтому разработанная стратегия содержит ряд мер по изменению эпидемиологической ситуации. Документ предполагает увеличение охвата пациентов антиретровирусной терапией не менее чем до 60% – это позволит снизить темпы прироста эпидемии практически в 2 раза.

Главный специалист Минздрава России по проблемам диагностики и лечения ВИЧ-инфекции Евгений Воронин отметил, что предложены конкретные меры, направленные на изменение ситуации с ВИЧ-инфекцией в РФ, в том числе расширение тестирования, увеличение доступа к антиретровирусной терапии, усиление работы с группами повышенного риска и повышение информированности населения по ВИЧ-инфекции.

Соб. инф.

Награды

Почётные звания – сотрудникам Роспотребнадзора

За заслуги в области здравоохранения, медицинскую науку и многолетнюю добросовестную работу Указом Президента РФ присвоены почётные звания «Заслуженный работник здравоохранения Российской Федерации» трём сотрудникам Роспотребнадзора.

Знаками отличия отмечены: – М.Ковальчук – главный врач Федерального бюджетного учреждения здравоохранения «Центр ги-

гиены и эпидемиологии в Курской области»;

– Е.Кочетов – главный врач Федерального бюджетного учреждения здравоохранения «Центр гигиены и эпидемиологии в Республике Мордовия»;

– О.Микаилова – заместитель руководителя Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Московской области.

Соб. инф.

Здоровая жизнь

Огромный риск для здоровья



По данным НИИ питания, за последние 2 года спрос на витамины группы В сократился в России более чем на четверть, тогда как его недостаточность обнаруживается примерно у 60% обследованных. 30-40% населения недостаёт витамина Е, 17% – витамина А, 8% – витамина С.

Дефицит трёх и более витаминов, по данным НИИ питания, наблюдается у 70-80% жителей России. По мнению экспертов, дело в первую очередь в том, что современные люди стали меньше есть, так как ведут малоподвижный образ жизни – в отличие от предыдущих поколений. Если раньше для человека было нормально «съесть» в день 3 тыс. ккал, то теперь – примерно 2 тыс. ккал. Большое количество пищи для современных людей, много сидящих за компьютерами, способствует набору веса.

Но даже в правильно составленном рационе на 2 тыс. ккал не хватает 20-25% от рекомендуемого потребления витаминов, считают в НИИ питания. Между тем дефицит

витаминов повышает, как известно, риск развития рака, сахарного диабета, атеросклероза, остеопороза и других болезней. Также недостаток витаминов приводит к снижению общей устойчивости организма, негативным факторам окружающей среды. Поэтому в НИИ питания рекомендуют круглогодично употреблять аптечные витамины, напоминая, что вопреки распространённому заблуждению, синтезированные витамины ничем не отличаются от натуральных.

Однако, по подсчётам аналитиков фармацевтического рынка, за 11 месяцев 2015 г. россияне купили 210 млн упаковок с витаминами (как лекарств, так и биологических добавок), что на 6,6% меньше, чем в 2014 г. При этом в 2014 г. рынок также падал – населением было куплено на 11% меньше упаковок, чем в 2013-м. Аналитики связывают это с тем, что витамины не являются «предметами первой необходимости», поэтому российское население в кризис решило сократить траты на такие препараты.

Иван МЕЖГИРСКИЙ.
МИА Сити!

Дискуссионная площадка «Здоровье» работала в рамках XV Съезда партии «Единая Россия». Министр здравоохранения Российской Федерации Вероника Скворцова выступила перед делегатами. Она напомнила, что Минздрав России является партнёром партии. Тем более что охрана здоровья граждан признана «ЕР» одним из главных ориентиров в развитии нашей страны. Как результат этого – за последние 10 лет продолжительность жизни россиян увеличилась на 5 лет, составив в 2015 г., по предварительным данным, 71,2 года.

В положительной динамике

Нам удалось достичь исторического минимума по материнской и младенческой смертности, тем самым выполнив 4-ю и 5-ю цели развития тысячелетия ООН. В частности, по сравнению с 1990 г. материнская смертность снизилась более чем в 4,5 раза. В 2012 г. она составила около 30 случаев на 100 тыс. родов, в 2014 г. – 10,8 случая на 100 тыс. В то же время за прошлый год снизилась более чем на 11% и, по предварительным данным, составила 9,6 случая.

Аналогичную динамику демонстрирует младенческая смертность. Врачебное сообщество очень волновалось в 2012 г., когда наша страна переходила на новые критерии регистрации новорождённых. Звучавшие в то время пессимистические прогнозы не оправдались. Младенческая смертность только за последний год уменьшилась на 12,2%. Если в 2014 г. этот показатель составлял 7,4 случая на тысячу рождённых живых младенцев, то по результатам 2015 г. он уменьшился до 6,5 случая. Половина регионов нашей страны имеет ещё более низкую младенческую смертность, которая не уступает показателям развитых стран. Точно также серьёзно уменьшилась детская смертность.

Существенно изменилась структура населения страны за счёт увеличения продолжительности жизни. С 2013 г. на 8,5% увеличилась доля групп старших возрастных групп. И вклад этих групп в общую смертность превысил 73%. Прирост смертности по итогам I квартала на 5,4% связан с тем, что Всемирная организация здравоохранения не предусмотрела дрейф одного из штаммов вируса гриппа. И это привело к тому, что существенно снизилась эффективность используемых вакцин. В результате было зафиксировано большое количество осложнённых гриппа, и как следствие – увеличение смертности пациентов.

Для сохранения тренда спада смертности Минздравом и всеми субъектами РФ были предприняты беспрецедентные меры – в частности, ведомство ввело еженедельный мониторинг смертности в каждом из 60 тыс. терапевтических участков. Была введена

В центре внимания

Как изменится наша медицина

Министр обозначила приоритеты дальнейшего движения отрасли



ежемесячная проверка критериев качества оказания медицинской помощи, которые достоверно влияют на летальность. В результате уже с мая началось последовательное снижение смертности на 3-4%, и, по предварительным результатам 2015 г., по сравнению с 2014 г. число смертей уменьшилось на 13,7%. Не менее важно, что летальность снижается по основным группам заболеваний.

Задачи поставлены

Минздрав России был сконцентрирован на решении нескольких задач в 2015 г. Первая из них – повышение доступности оказания медицинской помощи, в том числе в труднодоступных районах страны и сельской местности. Для решения этой задачи каждый застрахованный пациент был прикреплен не к медицинскому учреждению, а к конкретному специалисту. К концу года удалось добиться 96,5% такого прикрепления. А это уже повлияло на непосредственный контакт пациентов со своими медицинскими кураторами. Помимо этого, Минздрав России пересмотрел нормативы в приказах создания ФАПов, фельдшерских пунктов и амбулаторий, взяв за критерий не только зависимость от численности проживающего населения,

существующие недочёты и исправить их.

Сейчас в стадии подготовки новый приказ Минздрава России, который регламентирует создание трёхуровневой системы. Для этого проводится ранжирование медицинских организаций по их уровню. Вводится понятие максимального времени ожидания различных видов медицинской помощи и структурируется маршрутизация госпитальных больных в зависимости от нозологии и тяжести состояния.

Формируя критерии качества

Министр поблагодарила партию «Единая Россия», которая поддержала обновление парка машин скорой медицинской помощи класса В и С. К концу 2015 г. износ парка «скорых» составил 48,8%. В 2006-2007 гг. для регионов разово было закуплено 17 тыс. новых машин. А дальше обновлению подвергался только парк реанимобилей, которые закупались в рамках программы по снижению смертности при ДТП. Есть регионы, которые, понимая значимость работы «скорой», активно вкладывались в переоснащение парка. Но часть регионов, что называется, «копили проблему». В рамках программы поддержки отечественного автопрома теперь регионы получили новые машины.

Важнейшее направление, которое развивалось в 2015 г., сказала В.Скворцова, – управление качеством медицинской помощи. За 2 последних года профессиональное сообщество, включая сотрудников аппарата Минздрава, разработало 1200 клинических рекомендаций или протоколов лечения более чем по 90% заболеваний, которые были разбиты на несколько тысяч моделей пациентов в зависимости от тяжести и формы течения заболеваний. Они легли в основу создания критериев качества оказания медицинской помощи. Заканчивается работа по формированию критериев качества по группам заболеваний, которые будут утверждены и зарегистрированы Минюстом. На основе этих критериев Росздравнадзор создаст регламенты проверки качества оказания медицинской помощи. Кроме того, правительство намерено ввести в Кодекс

об административных правонарушениях РФ норму наказания для юридических и должностных лиц, нарушающих порядки и качество оказания медицинской помощи. Проект о внесении соответствующих изменений находится на стадии обсуждения.

Профилактика не терпит формализма

Вероника Скворцова напомнила о значимости профилактической медицины. В 2013 г. был запущен проект диспансеризации населения страны. За эти годы по новому регламенту были осмотрены 117,8 млн человек, из них 50 млн детей. Они обследовались по регламентам, которые были утверждены. Главное, необходимо было уйти от формального характера диспансеризации и множественных приписок, характерных для аналогичной кампании времён СССР. Поэтому в прошлом году во всех регионах было введено информирование населения о сути оказанных услуг и их стоимости для государства.

Позитивной тенденцией в диспансеризации является увеличение доли пациентов, подлежащих после первичной диспансеризации дальнейшему наблюдению. В 2013 г. таких пациентов насчитывалось всего 20%, в 2015 г. достигло 25%, причём при онкологических заболеваниях эта цифра превысила 78, а при сердечно-сосудистых заболеваниях – 55.

А из того, что мешает достичь более значимых результатов профилактической работы, была названа невысокая приверженность к амбулаторному лечению. Если в США после проведения операций на сердечно-сосудистой системе 70% больных продолжают пить назначенные им препараты, то в России этот показатель не превышает 40%. Это явно не тот результат, на который должно выйти российское здравоохранение. По экспертным оценкам, наша страна теряет около 13 млрд руб. из-за того, что больные не лечатся после высокотехнологичных операций. Стоимость же препаратов, которые нужно потратить на такое лечение, оценивается всего 4,7 млрд руб. Это в том случае, если государство берёт на себя 100%-ное возмещение расходов, связанных с приобретением необходимых препаратов, а если же финансовая ответственность будет разделена с населением, эта сумма станет ещё ниже.

Пилотный проект в Кировской области доказал высокую эффективность программ по финансированию приобретения гипотензивных средств. Как убедительно показал в своём выступлении на Гайдаровских чтениях губернатор региона Никита Белых, внедрение этой целевой программы позволило на 50% уменьшить количество острых сосудистых эпизодов, инфарктов и инсультов. То есть это серьёзный потенциал к снижению смертности в Российской Федерации.

Алексей ПАПЫРИН,
корр. «МГ».

Инициатива

В столице запустят акцию бесплатного экспресс-тестирования онкологических заболеваний. Об этом сообщила заместитель директора Московского клинического научно-практического центра Евгения Задиран. Как уточняется, в течение месяца по субботам москвичи смогут пройти в центрах или поликлиниках бесплатную диагностику на специальном оборудовании.

«Будут проходить диагностические дни по различным нозологиям. Все желающие москвичи

Во избежание тяжёлой болезни

могут пройти обследование на выявление, например, колоректального рака, рака молочной или предстательной железы. Тесты будут проводиться в нашем центре, в клинике женского здоровья, в больнице № 50, а также в поликлиниках и некоторых стационарах, где есть необходимое оборудование», – пояснила Е.Задиран.

По её словам, процедура не займёт много времени, а результаты и рекомендации специалиста пациент получит сразу же после её окончания. «Так как это скрининг, то есть раннее выявление, в среднем процедура длится 15-25 минут. Для женщин процедура может занять немного больше времени, например, включение маммографии увеличивает его

до 40 минут. Если всё «чисто», человеку порекомендуют профилактический осмотр. Если же есть подозрения на злокачественные образования, направят на дообследование в профильный центр», – заключила она.

Согласно данным пресс-службы столичного Департамента здравоохранения, диагностические дни пройдут в рамках месяца борьбы

с раковыми заболеваниями. «Эта акция, в свою очередь, приурочена к Всемирному дню борьбы с раком. Однако из-за карантина, связанного со вспышкой простудных заболеваний, старт акции планируется не ранее 20 февраля», – рассказали в ведомстве.

Алиа КРАУЗЕ,
МИА Сити!
Москва.

– Но и оставлять всё, как есть, тоже нельзя, поэтому в 2016 г. Минздрав края намерен добиться существенных изменений в работе поликлиник. Цель – организовать медицинскую помощь в первичном звене так, чтобы для начала свести к минимуму обоснованные жалобы от населения. Думаю, нам следует балансировать на тех параметрах, которые мы обязаны соблюдать по законодательству: определённый набор бесплатных медицинских услуг, чёткие сроки ожидания консультации и обследования.

Сегодня в поликлиническом звене сложился некий диссонанс. С одной стороны, мы не можем оторваться от советской модели поликлиник, потому что так привычно населению, да и большинству врачей. С другой стороны, технологически медицина шагнула далеко вперёд, и оставлять поликлиники в прежнем виде невозможно. Само общество при всей его противоречивости требует от нас других подходов в организации оказания медицинской помощи.

Давайте посмотрим, что нужно населению от поликлиники?

– **Больничный лист, рецепт на льготные лекарства, направление на обследование.**

– Абсолютно верно. К сожалению, большая часть услуг, которые оказывает поликлиника, не относятся к лечебным. Большинство людей приходят туда за формальными допусками – справка, бюллетень, МСЭ либо за социальными благами – рецепты на бесплатные препараты.

Амбулаторно-поликлиническое звено в его нынешнем виде вряд ли будет актуально через полтора десятка лет. Гаджетов, которые снимают и передают на компьютер различные показатели работы организма от кардиограммы и спирограммы до уровня сахара в крови, и теперь уже много. Прогнозируя, какие технологические прорывы произойдут в этом плане через 5-10 лет, можно увидеть, что население утратит потребность в немалой части диагностических функций поликлиники. Да, сохранится потребность в выписке рецептов и больничных листов, но для этого визита к врачу не требуется.

Поэтому, какой будет роль российской поликлиники к 2030 г. – очень интересный вопрос. Важно предусмотреть все возможные перемены в будущем, чтобы мы сейчас не делали лишних движений.

– **Вы в принципе исключаете существование поликлиники в системе здравоохранения к 2030 г.?**

– Полностью не исключаю, но предполагаю её видоизменение. Думаю, уйдут в прошлое ряд врачебных должностей, касающихся диагностики: я имею в виду расшифровка рентгеновских снимков, ЭКГ, анализов крови и т.д. Поликлиника через 15 лет будет представлять собой в значительной степени виртуальный комплекс, где многие расшифровки диагностических параметров пациента смогут делать компьютеры. Или сами врачи-клиницисты, как в стационаре: ведь там нейрохирург или онколог не доверяют описанию МРТ, сделанному кем-то, а сами смотрят снимки.

– **В нынешней поликлинике помимо врачей, которые расшифровывают ЭКГ и описы-**

Проблемы и решения

Поликлиника — не догма

Нужна ли нам амбулаторная служба в её нынешнем виде?



вают снимки, есть ещё ряд подразделений с неясными функциями: смотровой кабинет, кабинет доврачебного приёма, кабинет неотложной помощи. Их существование оправданно?

– Давайте исходить из того, что поликлиника – это учреждение для оказания плановой медицинской помощи. Если человек знает, что ему понадобится какая-то помощь врача, он должен записаться на приём заранее. Когда же он занемог внезапно, к примеру, случился гипертонический криз, то может обратиться в кабинет неотложной помощи в той же поликлинике.

Другое дело, что нельзя подменять понятия: если ты приходишь в кабинет неотложной помощи только для того, чтобы тебя там записали к врачу на завтра – это глупость. А такая подмена в некоторых учреждениях имеет место, по факту никакой неотложной помощи там не оказывают.

– **Чем должен заниматься кабинет доврачебной помощи?**

– Работой, которая не связана с врачебной деятельностью, а именно организация флюорографического обследования прикрепленного населения, прививочная работа. Есть база данных людей из декретированных групп, определённых возрастов, с определёнными диагнозами – ищите их и приглашайте их на флюорографию, на прививки. Не надо нагружать этим участкового терапевта.

Может быть, имеет смысл наделить доврачебный кабинет ещё одной функцией – передать пациенту его закрытый больничный лист. Я не вижу необходимости закрывать бюллетень непременно на приёме у врача.

Если человек чувствует себя выздоровевшим и готов идти на работу, зачем вынуждать его сидеть в очереди к терапевту?

– **Поддерживаете ли вы идею, которая вызывает особенно много возмущений у пациентов: попасть к узкому специалисту можно только по направлению участкового врача?**

– Это правило поддерживаю. Более того, я за то, чтобы минимизировать «коэффициент диспетчеризации» участкового врача: максимальный объём задач необходимо решать на уровне терапевта. И не вижу никаких причин для того, чтобы отправлять пациентов к узким специалистам, потому что всё, с чем приходят люди в поликлинику, укладывается в практику терапии. Например, кардиология – это на 100% терапия. Гастроэнтерология – то же самое. Кто приходит к неврологу в поликлинику? Пациенты с остеохондрозом и дисциркуляторной энцефалопатией с последствиями острого нарушения мозгового кровообращения – это что, не терапия? Безусловно, есть группа неврологических болезней, которые не так распространены – боковой амиотрофический склероз, рассеянный склероз и другие демиелинизирующие заболевания, но с ними ходят не в поликлинику, а в специализированные центры.

Что касается роли узких специалистов, в моём понимании, каждый из них – это консультант, который оказывает помощь не самому пациенту, а участковому терапевту в тех случаях, когда последнему что-то не ясно с заболеванием пациента. И если мы идём к развитию института общеврачебной практики как альтернативе нынешним поли-

Первичное звено российского здравоохранения «преобразуется» непрерывно, а уровень удовлетворённости населения его работой по-прежнему невысок. Все проводимые федеральными и региональными минздравами, ФОМС и страховыми компаниями анкетирования, на основании которых потом составляются рейтинги поликлиник, лишь ставят медиков в положение заведомо виноватых.

Министр здравоохранения Красноярского края Вадим ЯНИН согласен: оценивать работу лечебных учреждений по результатам одних только опросов пациентов – тупиковый путь.

клиникам, то терапевт должен обладать большим объёмом знаний и быть универсалом.

– **Что вы намерены в 2016 г. потребовать от красноярских поликлиник и какой результат хотите получить?**

– Прежде всего, перемены в работе регистратуры. Она должна измениться как в плане дизайна, так и функционально. У нас нет цели реализовать единый дизайн-проект, я способен принять любые идеи, пусть поликлиники будут в этом смысле индивидуальны. Точнее, цвет стен меня не интересует, а вот архитектура интересует: не могу позволить, чтобы в регистратурах снова понастроили загоронок от пациентов с окошками-амбразурами.

Что касается функционала, сегодня работа регистратуры – это и хранение медицинских карт, и запись на приём, и колл-центр. Мне хочется, чтобы связка «колл-центр – регистратура – кабинет неотложной помощи – кабинет доврачебного приёма» работала идеологически правильно, каждый занимался бы своим делом.

– **Самое слабое место регистратуры – персонал. Люди с высшим образованием на эту низкооплачиваемую работу никогда не пойдут.**

– Не торопитесь. Нынешний год, думаю, очень сильно изменит ситуацию. Мы достаточно вольготно жили все последние годы, рынок труда в здравоохранении был массивный, хочешь – переходи с одного места на другое. Шестнадцатый год заметно осложнит ситуацию. На рынке труда появятся люди, которые уже работали в колл-центрах, администраторами, и сегодня остались без работы из-за экономической ситуации в стране.

Кстати, в регистратурах му-

ниципальных поликлиник сегодня зарплата практически такая же, как в коммерческих медицинских центрах. И если главный врач лично вовлечён в процесс преобразований, то поднять зарплату работника регистратуры – а я считаю, что это один из самых важных центров учреждения – можно и нужно.

А если главный врач лично не вовлечён, будет так, как с проектом «электронная регистратура»: формально он реализован, но именно формально.

– **Чего не хватает?**

– Честности. По сути, электронная регистратура – это лишь электронный тайминг и планинг, больше ничего. И сейчас мы сталкиваемся с тем, что этот планинг пытаются обмануть, вписывая туда несуществующих пациентов, особенно в вечернее время. Для чего? Чтобы создать впечатление, будто время занято, а на самом деле, чтобы меньше пациентов приходило в поликлинику.

Мне также очень хочется, чтобы, если пациент записан на приём к врачу на 12:20, то он зашёл в кабинет в 12:20. А сейчас как происходит? Электронную очередь составили, но пара бабулек пришли тогда, когда им удобно, и никого не пропускают. Такие ситуации нужно регулировать, пусть даже через конфликт. Конфликт – это не страшно, мы оправдаем медицинского работника. И бабулька в следующий раз будет приходиться вовремя. Но если мы эту анархию оставим, ничего хорошего не будет, доверие к электронной регистратуре у населения не появится.

Вопросы тайминга медицинских услуг тоже требуют пересмотра. Уже давно оборудование новое, а нормативы времени остались прежними, когда на УЗИ одному пациенту отводилось по целому часу. И, что удивительно, система сама сопротивляется изменениям, она так привыкла работать. Видимо, нашим коллегам очереди больных у дверей нужны, чтобы доказать свою значимость. А то, что пациент страдает, их мало волнует.

– **Опять тратит время и деньги на преобразование? Может, чем скорее мы упраздним институт поликлиники и перейдём либо к системе общеврачебных практик, либо к системе «виртуальный госпиталь», тем лучше?**

– В моём понимании здравоохранение – та отрасль, где решения не нужно проводить немедленно, а думать дольше. И главное – принимая решения, оценивать их: а чего добились-то? К сожалению, скорость проводимых в последнее время реформ такова, что думать некогда, и оценивать результаты никто не спешит. Например, проект «Земский доктор» – всё ли получилось или есть проблемы? Оптимизация лечебной сети – однозначно правильный путь или нет? У нас проект запущен и... как паровоз, вперёд летит, а куда он пришёл, что оставит после себя?

Я бы сказал так: требуется эволюция. Завтра перейти к виртуальному госпиталю не получится. А послезавтра – может быть. Но чтобы к нему прийти, нужно сделать некие шаги. Думаю, полтора десятка лет – это вполне реальный срок, то есть как раз к 2030 г.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Красноярск.

– Репродукция – это единственная биологическая цель, ради которой мы живём. Всё остальное – лишь средства к её достижению, – заявил на X международном конгрессе по репродуктивной медицине директор Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова академик РАН Геннадий Сухих, ёмко обозначив суть мероприятия, которое охватывало широкий круг вопросов, касающихся репродуктивного здоровья девочки-девушки-женщины-бабушки. И не только... Отдельное заседание было посвящено мужским проблемам. Таким образом, всё более выраженным становится акцент на семью. Лет 10 назад академик Г.Сухих, обращаясь к коллегам, сказал, что в центре внимания должна быть семья в целом, и эта установка последовательно реализуется, что весьма отраднo.

Когда рожать?

Примета нашего времени – старение первородящих. Тенденция откладывать рождение ребёнка на потом, выдвигая на первый план карьеру, самоутверждение, материальное благополучие, привела к тому, что сегодня в 3 раза больше женщин, родивших первенца в возрасте 30-40 лет, чем два десятилетия назад.

Как ни странно, но в том, что современные девушки не спешат себя обременять материнством, есть «вина» науки. Широкое, зачастую одностороннее, освещение метода экстракорпорального оплодотворения (ЭКО), включение его в программу ОМС сформировало у молодёжи ложное представление, что всё легко и просто: дескать, не смогу забеременеть сама, помогут врачи с помощью вспомогательных репродуктивных технологий, главное – карьера, а родить – всегда успею, и в 60 лет рожают.

– Мы знаем цену этим родам и знаем последствия, – заметил Г.Сухих.

Возраст пациентки является значимым фактором риска развития аномалий ооцитов. Из ооцитов с морфологическими аномалиями анеуплоидные эмбрионы развиваются в 3,5 раза чаще, чем из нормальных ооцитов. С увеличением возраста женщины снижается биоэнергетический потенциал митохондрий ооцитов, что ставит под угрозу их способность к оплодотворению. Уменьшение активности митохондрий и их биоэнергетического потенциала у возрастных женщин снижает фертильность даже при использовании вспомогательных репродуктивных технологий. Конечно, наука не стоит на месте. Разработан способ преодоления возрастного женского бесплодия, который заключается в донорстве митохондрий. Микроинъекции митохондрий, полученных из собственных фолликулов, в яйцеклетку той же пациентки повышают пороговый уровень митохондрий в яйцеклетке для обеспечения достаточной энергии с целью поддержания успешного оплодотворения.

Нередко мужчины в солидном возрасте выбирают именно молодых партнёрш, однако им не следует забывать о том, что их гаметы тают так же, как и у женщин. С увеличением возраста отца возрастает риск фрагментации ДНК сперматозоидов, анеуплоидии у плода, снижается качество blastocyst. Это говорит о том, считает Г.Сухих, что рожать надо в молодом возрасте, выбирать в отцы молодых партнёров, с хорошим геномом.

Изменилось репродуктивное поведение населения и в отношении количества детей в семье, в среднем сейчас рожают одного, двух ребятишек, тогда как 100 лет назад – 8 и более.

В XXI веке у женщин за репродуктивный период наблюдается 400-500 овуляций, что в 3 раза больше, чем столетие назад. Избыточные овуляции – причина ряда гинекологических заболеваний и истощения овариального резерва.

Бедный овариальный ответ – колоссальная проблема репродукции. На сегодняшний день не существует методик терапии бедного овариального ответа, связанного с возрастом. Увеличение дозы гонадотропинов выше 300 МЕ в большинстве случаев неэффективно. Поэтому появился

– Беременность может рассматриваться как естественное состояние, сходное с парабиозом, – считает Г.Сухих.

Полезный обмен

Конгресс хоть и юбилейный, но проходил, по словам академика, достаточно стандартно. Обилие пленарных заседаний посвящалось ключевым проблемам специальности: современное акушер-

новых данных по использованию прогестерона в цикле экстракорпорального оплодотворения. Его выступление имело ярко выраженную практическую направленность.

Всё начинается с детства

Беспокойство у гинекологов вызывает не только рост женского

видно, свидетельствует о стремлении докторов быть в курсе современных тенденций и отвечать пожеланиям пациенток. Сегодня женщина уже не ограничивается коррекцией лица, фигуры, она готова идти дальше. Нынче модно говорить об эстетике половых органов. Многочисленные салоны красоты предлагают услуги по созданию «причёски» в зоне бикини, а клиники – операции на больших и малых половых губах,

Деловые встречи

От девочки до бабушки

Конгресс по репродуктивной медицине состоялся в Москве



В перерыве между заседаниями

протокол двойной стимуляции – это новый взгляд на проблему: меньше циклов с отменой переноса, выше частота наступления беременности.

Но для семьи важно не просто получить ребёнка, а ребёнка здорового. Известно, что качество будущего потомства во многом зависит от наследственных факторов. Свыше 80% людей с нормальным якомби кариотипом являются носителями каких-либо аутосомно-рецессивных болезней. 5% супружеских пар – носители одних и тех же мутаций, что приводит к 25%-ному риску рождения больного ребёнка. На сегодняшний день реально выявить носительство заболеваний в программах ЭКО с помощью преимплантационной генетической диагностики и скрининга, а работы последних 18 месяцев в области генной инженерии показывают возможность редактирования генома, что используется для создания генно-модифицированных растений, коррекции генома эмбрионов млекопитающих. Однако вокруг данной технологии много дискуссий.

Постарение населения, уменьшение числа женщин фертильного возраста подталкивает специалистов к поиску нестандартных решений. Учёные изучают факторы молодости и старения, парабиоз между молодыми и старыми организмами, стремясь создать соответствующую модель, но пока безуспешно. Между тем известен омолаживающий эффект беременности. Она, особенно в зрелом возрасте, существенно усиливает регенерацию печени, мышечной ткани, замедляет течение рассеянного склероза, поддерживает функцию миокарда, снижает агрессивность эндометриоза. Правда, мозг женщины во время беременности теряет 7% своего объёма. Но спустя 6 месяцев после беременности восстанавливает свой первоначальный объём, более того, в нём формируются новые нейронные связи, отвечающие за когнитивность, эмоциональную сферу.

ство, бесплодие, эндометриоз, инфекции, онкогинекология, репродуктивная хирургия, подростковая гинекология и др. В ходе его была организована прямая трансляция роботхирургических операций из медицинских центров США и из российских операционных. Работали школы по ранней диагностике рака эндометрия, инновационным технологиям профилактики рака шейки матки, эндокринным аспектам сексуальности у женщин, хирургической патологии в практике детского гинеколога. В конгрессе приняли участие специалисты из 60 субъектов России и 25 стран. Состоялся обмен новой информацией. Так, профессор А.Курьяк (Хорватия) выступил с лекцией «Современные методы ультразвуковой оценки раннего развития плода: от овуляции до первого триместра беременности», подчеркнув преимущества 3D-ультразвука для выявления отклонений на ранней стадии.

Профессор Ф.Бушар (Франция) представил свою позицию по поводу патофизиологии синдрома поликистозных яичников. Этой патологией страдает 25% женщин. Она, по словам учёного, обусловлена сложным взаимодействием между генетическими факторами, факторами окружающей среды и питания.

– Синдром поликистозных яичников – полигенное заболевание (с вовлечённостью множества генов, а не одного), – подчеркнул Ф.Бушар и познакомил коллег с новыми наработками в данной области. По его словам, за последние несколько лет многое сделано, но необходимы дальнейшие исследования для того, чтобы получить больше данных по дисфункции тканей, яичников, мышц.

– Надеюсь, в будущем мы сможем диагностировать это заболевание более эффективно, – сказал он.

Профессор Р.Фридман (Франция) в своём докладе «Что нового в поддержке лютеиновой фазы при стимуляции яичников и в программах ЭКО?» сделал акцент на

и мужского бесплодия, высокий уровень преждевременных, патологических родов, но и низкие показатели репродуктивного здоровья подрастающего поколения.

Раннее начало половой жизни, стрессы, изменение массы тела подростков (как резкое повышение, так и резкое снижение), высокий инфекционный индекс, табакокурение, наркозависимость – всё это сказывается на состоянии репродуктивной системы. Например, уровень плодovitости у курящих девушек на 28% ниже, чем у некурящих.

Данные, представленные на форуме московскими специалистами, свидетельствуют: у детей до 7 лет преобладают неспецифические воспалительные заболевания наружных половых органов, синехии. А в период полового созревания и после доминируют нарушения менструального цикла и воспалительные заболевания внутренних половых органов (учитывая ранние половые связи).

Перенесённые соматические заболевания напрямую влияют на становление менструальной функции, наличие овуляции у девочек. Травмы, особенно проникающие ранения в брюшную полость, а также осложнённые хирургические вмешательства, прежде всего по поводу острого аппендицита, также приводят к нарушению менструальной функции и в дальнейшем к возможному развитию бесплодия. Недостаточное питание вызывает задержку физического и полового развития, а переизбыток, повышенная масса тела, огромная информационная нагрузка способствуют увеличению частоты гинекологической патологии в период детства. Дисфункция эндокринных желёз также напрямую влияет на нарушения менструального цикла у девочек.

Как преждевременное половое развитие, так и его задержка очень важны для гинекологов в плане выявления пороков развития половых органов, опухолей яичников, которые требуют немедленной диагностики и оперативного лечения.

К сожалению, к 17 годам уже больше половины подростков имеют половые связи. Раннее начало половой жизни приводит к заболеваниям половой сферы, увеличению числа беременностей у подростков, которые лишь в 50% заканчиваются родами (в остальных случаях – либо аборт, либо неразвивающаяся беременность).

Подростки, которые живут половой жизнью, должны быть отнесены к группе риска по возникновению патологии репродуктивной системы, – подчёркивалось на конгрессе.

«Влагалище – под ключ»

«Антивозрастная и эстетическая гинекология» – заседание, посвящённое этой теме, собрало полный зал слушателей, что, оче-

различные варианты интимного омоложения, в том числе с применением лазеров, вагинальных нитей, препаратов гиалуроновой кислоты, вплоть до «влагалища – под ключ». И если интимная стрижка – вещь довольно безобидная и обходится клиентке в 1,5-3,5 тыс. руб. (в зависимости от сложности рисунка), то интимное омоложение стоит десятки тысяч рублей и сопряжено с рисками. Однако...

– Раз это востребовано женщиной, мы обязаны пойти ей навстречу, – считают доктора. Кстати, отделение эстетической гинекологии недавно открыто и в НЦАГиП им. В.И.Кулакова.

Правда, многие методы эстетической гинекологии позволяют не только улучшать эстетический вид наружных половых органов, но и решать клинические задачи, устранять физиологические проблемы, связанные с возрастными, гормональными, родовыми изменениями. Скажем, с помощью лазерных технологий можно успешно лечить недержание мочи, пролапс тазовых органов, несостоятельность мышц тазового дна, атрофию слизистых влагалища и вульвы во время пре- и постменопаузы.

– Когда лазеры хлынули со стороны эстетической медицины на рынок гинекологов, гинекологи радостно ухватились за них и принялись всё лечить. Мне бы хотелось предостеречь коллег от легкомысленного подхода и напомнить о необходимости правильно отбирать пациенток, чтобы не навредить, – акцентировала внимание участницы заседания доктор медицинских наук Елена Силантьева, чьё выступление было посвящено интимной реабилитации, в частности при пролапсе. По её словам, если в травматологии потенциал раннего восстановительного лечения перекрыт полностью, то в акушерстве он ещё недооценён.

Между тем сидячий образ жизни современной девушки, выключение диафрагмы, мышц тазового дна приводят к тому, что на роды женщина поступает с ослабленными мышцами, которые в результате родового процесса повреждаются.

Вместо послесловия

Минздрав России в число приоритетов ставит профилактику. Но, как сказала заместитель министра здравоохранения Татьяна Яковлева, приветствуя участников конгресса, «почему-то наши медики всё равно ориентированы на лечение». Хотя профилактическая работа оплачивается из фонда ОМС. Без профилактических мер не сохранить здоровое поколение, подчеркнула Т.Яковлева, призвав присутствующих обратить на это внимание.

Валентина ЕВЛАНОВА,
корр. «МГ».

Фото автора.

– Алексей Ремович, что явилось предпосылкой для учреждения звания «Профессор РАН»?

– Не так давно прошла реформа РАН. В результате академия оказалась в определённом отрыве от квалифицированных учёных, которые не являются её членами. С другой стороны, на РАН, согласно нынешнему законодательству, возложена задача экспертизы всех научно-технических проектов. Для того чтобы делать это на высоком уровне, необходимо использовать весь потенциал российских учёных. Не только членов РАН.

Именно в этой связи и возникла идея введения почётного звания «Профессор РАН» – создать сообщество относительно молодых учёных (до 50 лет), которые уже зарекомендовали себя как ценные и перспективные научные кадры, несмотря на отсутствие своих имён в списке членов большой академии. С присуждением данного учёного звания мы бы могли, не выбирая в РАН, получить их аффилиацию с членами академии и использовать профессиональный потенциал этих учёных в дальнейшем развитии отечественной науки.

– Каковы критерии отбора кандидатов для нового звания?

– Прежде всего, их возраст не должен превышать 50 лет – мы заинтересованы в том, чтобы с РАН были ассоциированы относительно молодые учёные. Кроме того, чтобы претендовать на получение «Профессора РАН», необходимо быть доктором наук.

Что касается прочих нюансов, то для каждого отделения РАН они свои. Однозначно, должно проходить соотношение достижений конкретного кандидата и мирового уровня исследований в данной области. Иными словами – человек должен работать на очень хорошем уровне и котироваться в мире. С моей точки зрения, нам действительно удалось выбрать профессорами РАН перспективных учёных. Среди них много признанных в нашей стране и за её пределами высококвалифицированных специалистов. Полагаю, что их участие в деятельности РАН невозможно переоценить.

Мы проходили несколько этапов обсуждения кандидатов для присвоения им нового звания. Решения об этом принимали члены РАН. Примечательно, что только кто-то из членов большой академии мог представить комиссии кандидатуру на присвоение новой должности, серьёзно обосновав свой выбор. Кандидат рассматривается на общем собрании отделения РАН, после чего, в случае набора более 50% голосов в ходе тайного голосования, претендента рассматривает президиум академии. И только по истечении длительного процесса рассмотрения кандидатур может быть присвоено звание «Профессор РАН».

Пока что мы рекомендовали к избранию только 500 человек, из которых 60-65% являются сотрудниками академических институтов, а 35-40% – работниками вузов. Эти выборы состоялись в декабре прошлого года. Всего же мы планируем присвоить новое звание 1,5-2 тыс. российских учёных.

– Имеет ли новое звание какое-либо отношение к званию «профессор», присуждаемому Высшей аттестационной комиссией (ВАК)?

– Совершенно никакого. «Профессор РАН» – это почётное звание. ВАКовское звание профессора присуждается как квалификационное. Предполагается, что человек, которому оно было присвоено, в состоянии вести преподавательскую деятельность

Авторитетное мнение

Скрытый потенциал

Собственных Платонов и быстрых разумом Невтонов в нашей стране предостаточно

Одним из наиболее значимых событий на ниве российской науки в минувшем году стало учреждение нового звания «Профессор РАН». Как часто бывает в таких ситуациях, в отраслевых кулуарах сразу же родилось невероятное количество слухов и предположений. Что характерно, ничем не обоснованных. «Можно подумать, у нас дефицит профессоров», – говорили одни. «Очередное препятствие на пути в академию», – негодовали другие. «Формализм да и только. Торжество бюрократии», – саркастически утверждали третьи. Между тем в течение последних нескольких лет всё чаще и чаще появляется ощущение, что у ведущих российских учёных должны появиться каналы влияния на решения, принимаемые государственной властью относительно развития нашей страны.

Ситуацию в интервью «МГ» прояснил проректор – начальник Управления инновационной политики и международного сотрудничества Московского государственного университета им. М.В.Ломоносова, член президиума Российской академии наук, академик РАН, лауреат Государственной премии РФ Алексей ХОХЛОВ, коснувшийся в ходе беседы и других актуальных для российской науки вопросов.

на определённом уровне. Поэтому профессором РАН можно быть, не имея аналогичного звания, присуждаемого ВАК.

– Можно ли стать членом академии, минуя получение звания профессора РАН?

– Конечно. Для того чтобы стать членом-корреспондентом большой академии, не обязательно иметь звание «Профессор РАН». Никаких проблем. Это разные вещи. Членом академии может стать человек любого возраста – в том числе старше 50 лет. Резюмирую так: профессор РАН – это несомненный плюс для получения членства в академии, однако не необходимое условие.

– В чём заключается деятельность профессора РАН в структуре академии?

– Мы планируем проведение общего собрания избранных профессоров РАН по окончании процедуры их утверждения в новом звании, где руководство академии вместе с избранными обсудит их непосредственные обязанности. По состоянию на сегодняшний день фактически получила некая секция относительно молодых активных учёных. С моей точки зрения, внутри академии следует конституировать Палату профессоров РАН, в рамках деятельности которой они бы могли выступать с инициативами и предложениями по деятельности РАН, по работе научных советов и т.д.

Не исключаю, что эта «палата относительно молодых учёных» могла бы делегировать нескольких своих представителей в состав президиума академии наук. Их мнение должно быть услышано в руководстве РАН. Наряду с этим мы планируем приглашать их принимать самое активное участие с совещательным голосом во всех без исключения собраниях внутри академии, участвовать в сессиях отделений РАН. С моей точки зрения, это весьма перспективно.

– Даёт ли новое звание его обладателю дополнительные возможности на профессиональном поприще: получение дополнительных грантов, стажировка за рубежом и т.д.?

– Заявка на грант предполагает предоставление резюме. Если там, среди прочих достижений,

будет звание профессора РАН, то это только поспособствует его обладателю получению этого гранта. То же самое и относительно претендентов на стажировку за рубежом. Очевидно, что минусом это никак не будет. Полагаю, что при прочих равных это будет несомненным плюсом. В то же время очень многое зависит от личности учёного: не место красит человека, а наоборот. Если профессор РАН начнут активно выдвигать свои инициативы, пытаться внести свежие идеи в работу академии, это будет только содействовать их профессиональному росту. Если же они будут пассивны, формально занимая свои места, никаких дополнительных профессиональных бонусов они не получат.

Кстати, никакими административными ресурсами члены академии по новому закону не обладают – ни академики, ни члены-корреспонденты. Соответственно и у профессоров РАН этого не будет. Дело в другом: в авторитете конкретного учёного или группы учёных. Мерилом авторитета того или иного учёного на сегодняшний день являются его компетентность и активность на профессиональном поприще. Уверен, что в случае активной работы ресурсы влияния у профессоров РАН несомненно появятся. Фактически канала участия относительно молодых учёных в проблемах, связанных с организацией российской науки, до сих пор не было. Сейчас у них появилась такая возможность – я надеюсь, что «палата профессоров РАН» позволит это сделать.

– Препятствовать этому никто не будет. Более того, это будет только приветствоваться учёными старшего возраста.

– Что, на ваш взгляд, дало российской науке объединение академий в 2013 г.?

– В этом есть как плюсы, так и минусы. Положительным моментом, с моей точки зрения, является то, что больше внимания стало уделяться практическим проблемам, связанным с медициной, сельским хозяйством и др. В то же время доля фундаментальной науки в РАН уменьшилась: например, в структуре сельскохозяйственной академии есть немало институтов, где работают всего



областей, к которым, безусловно, относится медицина, где защищается просто невероятное количество работ. Я не совсем понимаю, как это соответствует уровню отечественной медицины. То же самое касается и экономики. Необходимо проанализировать структуру защищаемых диссертаций и в целом структуру науки.

Так, за прошлый год звание профессора ВАК получили 254 человека, из которых 49 экономистов, 37 медиков, 37 искусствоведов, 15 специалистов в области физической культуры и только 7 физиков, а также 3 математика. Лишь 1 профессор представлен институтом РАН, ещё двое – НИИ другого ведомства, остальные 251 – образовательными учреждениями, из которых лишь 36 являются представителями МГУ, СПбГУ или национальных исследовательских университетов.

С точки зрения присуждения учёных степеней, ситуация ничем не лучше. К сожалению, в различных областях знаний у нас очень разные требования к диссертациям. Это только лишь дискредитирует нашу науку. Особенно печально, что наши коллеги за рубежом прекрасно об этом осведомлены и относятся к российским учёным соответствующе: физики, математики, химики там очень востребованы. Их учёные степени и звания признаются зарубежными коллегами, чего, к сожалению, нельзя сказать о представителях других специальностей, в том числе – медиков.

– Не так давно вице-президент РАН, академик Иван Дедов заявил, что в нашей стране наблюдается кризис молодых учёных. С чем вы это связываете?

– Наши вузы выпускают достаточно специалистов, однако наиболее способные из них моментально уезжают за рубеж. Это и вызвало кризис хороших научных кадров в возрасте 35-50 лет. Что характерно, интенсивна и внутренняя эмиграция, а не только внешняя. Я заведу кафедрой на физическом факультете. Наши выпускники очень востребованы в ИТ-компаниях, где базовая зарплата не ниже чем у ректора МГУ. Разумеется, против такого соблазна мало кто устоит. Для науки они потери.

Данную проблему следует решать структурными преобразованиями в науке. К сожалению, очень небольшой процент российских учёных работает на достойном уровне. Большинство из них просто-напросто потребляют ресурсы и работают безо всякого КПД. Пока с этим трудно бороться: наследие советского периода – система, когда все получают постоянные ставки. На мой взгляд, в рамках госзадания надо финансировать лишь наиболее успешных учёных. Остальных – последовательно отбраковывать, а оставшиеся ресурсы инвестировать в «эффективную» науку.

Думаю, что эта концепция постепенно находит понимание «наверху». Если эта политическая воля будет доведена до конца, то я уверен в существенном улучшении состояния российской науки.

Беседу вёл
Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ,
обозреватель «МГ».

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 11 (1950)

Тромбозомболия лёгочной артерии (ТЭЛА) является одним из распространённых осложнений различных заболеваний сердечно-сосудистой и лёгочной системы, которое нередко становится непосредственной причиной смертельного исхода. Своевременная диагностика ТЭЛА часто представляет значительные трудности в связи с полиморфизмом клинической симптоматики, остротой течения, недостаточным использованием современных информативных методов исследования – перфузионной сцинтиграфии лёгких, ангиопульмонографии и др. Всё ещё значительное число больных погибает в первые часы – сутки, не получая соответствующего адекватного лечения. Так, летальность среди не леченых пациентов превышает 30%.

Источником ТЭЛА, по патологоанатомическим данным, в 56,4% были глубокие вены голени, в 11,2% – правое сердце, бедренные вены – в 10%, более редкие локализации – тромбы из нижней полой вены – 2,5%, вен малого таза, верхних конечностей – 1,2 и 2%; вен операционного поля 4,5%, в 12% установить источник ТЭЛА не удалось.

Причиной тромбозов вен являются нарушение тока крови, изменение её реологических свойств, нарушения в системе гемостаза, фибринолиз, повреждение сосудистой стенки, воспалительные процессы.

Согласно последним тенденциям, тромбозы глубоких вен (ТГВ) и тромбозомболия лёгочной артерии объединены понятием «венозные тромбозомболические осложнения» (ВТЭО), что разделяется не всеми специалистами.

В Европейских рекомендациях по диагностике и лечению ТЭЛА заболеваемость ВТЭО составила 200 случаев на 100 тыс. населения в год, занимая 3-е место в общей структуре сердечно-сосудистой заболеваемости.

От ТЭЛА в 2007 г. в европейских странах погибало более 300 тыс. человек, 34% из них умерли внезапно.

Адекватная профилактика ВТЭО осуществлялась у 1/2 пациентов, в России – лишь у 1/4.

Факторы риска возникновения ТЭЛА и ТГВ:

- гиподинамия;
- хирургические операции;
- иммобилизация;
- онкологические заболевания;
- хроническая сердечная недостаточность (ХСН);
- ТЭЛА и ТГВ в анамнезе;
- варикозное расширение вен голени;
- травмы;
- беременность и роды;
- применение оральных контрацептивов;
- гепарининдуцированная тромбоцитопения;
- некоторые заболевания – ожирение, эритремия, нефротический синдром, заболевания соединительной ткани и др.;
- наследственные факторы – гомоцистинурия, дефицит антитромбина III, дисфибриногенемия и др.

Среди разрешающих факторов отмечают значительные физические усилия, массаж нижних конечностей, адинамия.

Клинически ТГВ проявляется флеботромбозом (начинается на уровне подвздошной венозной дуги, задней большеберцовой и малоберцовой вены), болью в области стопы и голени, усиливающейся при ходьбе, болями в икроножных мышцах, болезненностью по ходу вен, отёчностью голени и стоп и др.

Основные заболевания, при которых возникает ТЭЛА: ИБС в форме нестабильной стенокардии, инфаркта миокарда, постинфарктного и диффузного кардиосклероза. ИБС, на фоне которых развилась ТЭЛА, отмечалась в 62%, в 38% она сочеталась с АГ, в 33% – с ХСН, в 19% – с сахарным диабетом.

У 32% наблюдалось нарушение мозгового кровообращения. Наиболее частыми фоновыми заболеваниями были ИБС, АГ и сосудистые заболевания ЦНС.

Тромбоопасными препаратами являлись – кортикостероиды, диуретики, противозачаточные средства, ряд антибиотиков.

Клиника

В зависимости от локализации тромбозомболии выделяют массивную ТЭЛА (тромбозомбол локализуется в основном стволе или главных ветвях лёгочной артерии), субмассивную ТЭЛА (эмболизация долевых и сегментарных ветвей лёгочной

артерии) и тромбозомболию мелких ветвей лёгочной артерии.

При массивной и субмассивной формах ТЭЛА максимально обозначены клинические симптомы заболевания:

- внезапная одышка в покое, бледный цианоз, при массивной эмболии отмечается выраженная синюшность кожных покровов;
- тахикардия, возможны экстрасистолия, фибрилляция предсердий;
- повышение температуры, связанное с воспалительным процессом в лёгких или плевры;
- кровохарканье вследствие возможного инфаркта лёгких;
- болевой синдром различной локализа-

Тромбозомболия лёгочной артерии: вопросы клиники, диагностики и лечения

ции и происхождения – ангинозоподобный с локализацией за грудиной; лёгочно-плевральный с возникновением острой боли в грудной клетке, усиливающейся при дыхании и кашле; абдоминальный с острой болью в правом подреберье иногда с парезом кишечника, упорной икотой, связанный с воспалением диафрагмальной плевры, острым набуханием печени;

● аускультативно в лёгких выслушиваются ослабленное дыхание, мелкопузырчатые влажные хрипы (чаще на ограниченном участке), шум трения плевры;

● артериальная гипотония, вплоть до коллапса, повышенное венозное давление;

● симптоматика острого лёгочного сердца: акцент II тона, систолический шум во II межреберье слева от грудины, протодиастолический или пресистолический ритм галопа у левого края грудины, набухшие шейные вены;

● церебральные расстройства, обусловленные гипоксией головного мозга: сонливость, заторможенность, головокружение, кратковременная или более длительная потеря сознания, двигательное возбуждение или адинамия, судороги в конечностях, непроизвольное мочеиспускание и дефекация;

● острая почечная недостаточность вследствие нарушения общей гемодинамики (при коллапсе).

Тромбозомболия мелких ветвей лёгочной артерии характеризуется:

- повторными «пневмониями» неясного происхождения, иногда протекающими как плевропневмония;
- экссудативным плевритом, особенно с геморрагическим выпотом, сухими плевритами;
- повторными коллапсами, обмороками, сочетающимися с тахикардией, чувством нехватки воздуха;
- внезапно возникающим чувством сдавления в груди, затруднённым дыханием, повышением температуры тела;
- «беспричинной» лихорадкой, резистентной к антибактериальной терапии;
- пароксизмальной одышкой, тахикардией;
- появлением и/или прогрессированием сердечной недостаточности.

У больных с ХСН венозные тромбозы возникают вследствие гемодинамических расстройств, нарушений в системе гемостаза, фибринолиза, изменения реологии крови, поврежденной сосудистой стенки, применения диуретиков.

Площадь механической обтурации является ведущей в клинике ТЭЛА – тяжёлое состояние возникает при окклюзии 65% лёгочного русла, при закрытии 85% и более возможна необратимость состояния.

При ТЭЛА возникает прекапиллярная гипертензия малого круга кровообращения.

Острая гипертензия малого круга при повышении давления > 40 мм рт.ст. сопровождается острой перегрузкой правого сердца. Гипертензия малого круга поддерживается также нейрорганомальными факторами (серотонин, катехоламины, тромбоксан и др.).

Диагностика

В диагностике огромное значение имеют детально собранный анамнез, оценка факторов риска ТЭЛА/ТГВ, клиническая симптоматика и комплекс лабораторно-инструментальных исследований: газы артериальной крови, электрокардиография, эхокардиография, рентгенография органов грудной клетки, перфузионная сцинтиграфия лёгких, УЗИ магистральных вен нижних конечностей. По показаниям проводят ангиопульмонографию, измерение давления в полостях правого сердца, илеокаваграфию.

При массивной ТЭЛА могут отмечаться увеличение активности лактатдегидрогеназы и уровня общего билирубина крови при нормальной активности аспарагиновой трансминазы.

Существенным методом диагностики ТЭЛА является рентгенологический, позволяющий уточнить диагноз более чем в 80%. Отмечаются малая интенсивность корней лёгких, уменьшение их поперечника при сохранении длинника, появление зоны локального по-

Ангиографическое исследование максимально отвечает диагностике ТЭЛА. Наиболее типичен дефект наполнения в просвете сосуда. Другим признаком ТЭЛА является обрыв сосуда при его контрастировании. Косвенными ангиографическими симптомами ТЭЛА считаются расширение главных лёгочных артерий, уменьшение числа контрастированных периферических ветвей, деформация лёгочного рисунка.

Ретроградная илеокаваграфия позволяет визуализировать глубокие вены бедра, заполнить имплантацию кава-фильтра.

При ТЭЛА могут наблюдаться нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, лимфопения, эозинофилия в подостром периоде. Лейкоцитоз сохраняется от 2 до 5 недель, при этом нарастает скорость оседания эритроцитов (до месяца и более). Выявляются повышение активности лактатдегидрогеназы, гипербилирубинемия, незначительно повышенный уровень аспаратаминотрансферазы, нормальный уровень креатинфосфокиназы.

Очень важно при ТЭЛА определение концентрации Д-димера. Этот лабораторный

вышения прозрачности, высокое стояние купола диафрагмы на стороне поражения, расширение венозных сосудов.

В подостром периоде – выявление инфарктной пневмонии. В случае благоприятной динамики – восстановление сосудистого рисунка, подъём купола диафрагмы.

При благоприятном прогнозе ТЭЛА происходит восстановление кровотока, уменьшение зон гипоперфузии.

Ценную информацию даёт метод ЭКГ, позволяющий выявить острую перегрузку правых отделов сердца и косвенные признаки гипертензии малого круга. В большой мере возможно судить о стадийности изменений ЭКГ при ТЭЛА.

В острой стадии (3-7 дней) выявляются синдром S₁Q₃T₃, увеличение зубца R_s, смещение переходной зоны влево, смещение сегмента ST вверх в III, aVF, aVR, правых грудных отведениях, вниз в I, II, aVL и левых грудных отведениях, деформация комплекса QRS в правых грудных отведениях, появление зубца Ppulmonale, иногда фибрилляции предсердий, A-V блокады.

В подострой стадии (2-3 недели) появляются (-), чаще симметричные зубцы T в отведениях II, III, aVF, правых грудных отведениях, ST приближается к изолинии. Стадия обратного развития изменений ЭКГ при благоприятном исходе наступает чаще через месяц.

Описанная картина чаще отмечается при тяжёлой форме ТЭЛА.

При более лёгких формах изменения ЭКГ носят редуцированный характер, выявляются только в грудных отведениях в форме подъёма ST выше изолинии в V1, смещения переходной зоны влево, S-тип ЭКГ.

Неблагоприятные признаки – S₁Q₃T₃, смещение переходной зоны влево, сохраняющийся выраженный Ppulmonale.

Описанные изменения ЭКГ, несмотря на определённую схематичность, являются весьма ценными для диагностики острого лёгочного сердца, первичной и рецидивирующей ТЭЛА.

Эхокардиография позволяет визуализировать тромбы в полостях правого сердца, оценить гипертрофию правого желудочка, степень лёгочной гипертензии.

Перфузионная сцинтиграфия лёгких основана на визуализации периферического сосудистого русла лёгких при помощи микроагрегатов альбумина, меченного ^{99m}Tc или ¹²⁵I. При дефектах перфузии эмболического генеза характерны чёткая очерченность, треугольная форма и расположение, соответствующее зоне кровоснабжения поражённого сосуда (доля, сегмент). При выявлении перфузионных дефектов, захватывающих долю или целое лёгкое, показатель сцинтиграфии составляет 81%. При наличии лишь сегментарных дефектов этот показатель снижается до 50%, а субсегментарных – до 9%. Специфичность перфузионной сцинтиграфии лёгких значительно повышается при сопоставлении с рентгенологическими данными.

маркёр фибринообразования используется для диагностики венозных тромбозомболических осложнений, включающих ТГВ и ТЭЛА. В норме содержание Д-димера менее 0,5 мкг/мл (500 нг/мл). Предикторы повышения Д-димера у больных с острым эпизодом ТГВ/ТЭЛА – женский пол, наличие ХСН, возраст, размер тромба.

Методами диагностики ТГВ являются также дуплексное ультразвуковое исследование (УЗИ) и доплерография. При этом выявляются неподатливость стенок вены при сдавлении, повышенная эхогенность по сравнению с движущейся кровью, отсутствие кровотока в поражённом сосуде. Признаками ТГВ при ультразвуковой доплерографии считаются отсутствие или снижение скорости кровотока при дыхательных пробах, увеличение кровотока при сдавлении ноги дистальнее исследуемого сегмента, появление ретроградного кровотока при сдавлении ноги проксимальнее исследуемого сегмента.

Важно дифференцировать ТЭЛА и инфаркт миокарда. При ТЭЛА отмечаются соответствующие анамнез, жалобы и симптомы: внезапно развившиеся одышка и кашель, кровохарканье, тахипноэ, акцент II тона над лёгочной артерией, крепитирующие хрипы в лёгких, артериальная гипоксемия, субсегментарный ателектаз на рентгенограмме, при электрокардиографическом исследовании – синдром острого лёгочного сердца, при эхокардиографии – признаки перегрузки правого желудочка, изменения при сцинтиграфии лёгких, ангиопульмонографии, повышение содержания Д-димера. Своевременная диагностика ТГВ/ТЭЛА основана на детальном анализе анамнестических, клинических, лабораторных, ультразвуковых, рентгенологических методов исследования.

Лечение

Основной целью терапии при ТЭЛА является нормализация (улучшение) перфузии лёгких и профилактики формирования тяжёлой, хронической постэмболической лёгочной гипертензии.

- Общие лечебные мероприятия включают:
- соблюдение строгого постельного режима с целью предупреждения рецидива ТЭЛА;
 - катетеризация центральной вены для проведения инфузионной терапии и измерения центрального венозного давления;
 - ингаляцию кислорода через носовую катетер;
 - при развитии кардиогенного шока – внутривенные инфузии добутамина, реополиглюкина декстрана; при инфарктной пневмонии – антибиотики.

Острую ТЭЛА условно классифицируют на три группы по степени тяжести заболевания: массивная, сопровождающаяся значительными нарушениями гемодинамики и высокой госпитальной летальностью, субмассивная – среднего риска и ТЭЛА низкого риска с благоприятным исходом.

Самым радикальным методом лечения пациентов с ТЭЛА и хронической тромбозом-

биологической лёгочной гипертензией (ХТЭЛГ) является хирургическая операция, заключающаяся в лёгочной эндартерэктомии.

Все больные с подозрением на ТЭЛА и ХТЭЛГ должны подвергаться детальному обследованию с целью возможности применения хирургического вмешательства.

Показаниями к операции лёгочной эндартерэктомии служат организованные тромбозы, доступные для хирургического удаления, локализованные в главной, долевого и сегментарных ветвях лёгочной артерии, III-IV функциональный класс сердечной недостаточности по классификации Нью-Йоркской кардиологической ассоциации (NYHA), отсутствие тяжёлых сопутствующих заболеваний.

Однако далеко не всем пациентам с ТЭЛА и ХТЭЛГ показано хирургическое лечение. Не представляется возможным проведение операции больным с дистальным характером поражения. Кроме того, у прооперированных пациентов нередко (более чем в 30% случаев) встречаются резидуальные и персистирующие формы выраженной лёгочной гипертензии после эндартерэктомии.

Всё сказанное делает чрезвычайно актуальной проблему консервативной (лекарственной) терапии ТЭЛА и ХТЭЛГ. Наибольшей эффективностью для лечения ХТЭЛГ обладают 2 препарата: илопрост и риоцигуат.

Илопрост – ингаляционный препарат для лечения лёгочной гипертензии (после ТЭЛА и ХТЭЛГ), позволяющий повысить переноси-

мость физической нагрузки, уменьшить выраженность симптомов, улучшить лёгочную гемодинамику. Препарат характеризуется минимальным риском системных побочных эффектов и лекарственных взаимодействий.

Риоцигуат – стимулятор растворимой гуанилатциклазы, основной рецептор оксида азота. Начальная доза составляет 1 мг 3 раза в сутки; фаза титрования – 8 недель, в последующие 8 недель доза риоцигуата увеличивается до 2,5 мг 3 раза в сутки. Клинические исследования показали, что терапия риоцигуатом обладает хорошей переносимостью. Среди побочных явлений отмечаются гипотензия, диспепсические симптомы. Таким образом, оба обозначенных препарата показаны при неоперабельной ХТЭЛГ, а также при персистирующей/резидуальной форме ХТЭЛГ после тромб-эндартерэктомии.

При тяжёлом течении заболевания применяется краткосрочный тромболитический внутривенное введение 100 мг рекомбинантного активатора плазминогена в течение 2 часов. Могут использоваться большие дозы урокиназы или стрептокиназы (стрептокиназа 250 000 ед внутривенно в течение 30 минут, затем инфузия со скоростью 100 000 ед в час 2,5-3 млн ед в сутки). Антикоагулянтная терапия проводится гепарином 10 000 ед внутривенно, затем инфузия со скоростью 1000 ед в час или подкожное введение 5000-7000 ед каждые 4 часа в течение 7-10 дней. При неэффективности тромболитической

терапии и сохранении симптоматики шока выполняется тромбозембоlectomia (в специализированном стационаре).

При относительно нетяжёлом течении ТЭЛА применяется:

- антикоагулянтная терапия нефракционированным или низкомолекулярным гепарином;
- далтепарин натрия – 100 фактор Ха МЕ/кг массы тела 2 раза в сутки;
- эноксапарин натрия – 1-1,5 мг/кг массы тела, соответственно 2 или 1 раз в сутки;
- надропарин кальция-85 фактор Ха или 171 фактор Ха МЕ/кг массы тела, соответственно 2 или 1 раз в сутки;
- непрямые антикоагулянты (варфарин под контролем международного нормализованного отношения). Назначают за 2-3 дня до отмены прямого антикоагулянта, используют в течение 1,5-2 месяцев.

В случае рецидива ТЭЛА на фоне антикоагулянтной терапии прибегают к имплантации кава-фильтра.

Эффект тромболитической терапии оценивается по клиническим признакам (уменьшение одышки, тахикардии, цианоза и др.), данным электрокардиографии и эхокардиографии (регистр признаков перегрузки правых отделов сердца), результатам повторной рентгенографии и перфузионной сцинтиграфии лёгких или ангиопульмографии.

При массивной ТЭЛА высокого риска рекомендованы дополнительные к антикоа-

гулянтной терапии системный тромболитический, эндоваскулярные катетерные и хирургические методы лечения.

Системный тромболитический при ТЭЛА высокого риска рекомендован для лиц с массивной ТЭЛА при отсутствии противопоказаний к тромболитической терапии. Метод способствует быстрому восстановлению лёгочной перфузии, снижению лёгочной гипертензии и лёгочного сосудистого сопротивления. Оптимальное время начала системного тромболитического – в течение 48 часов от начала заболевания, может проводиться и в более поздние сроки (до 14 дней). Основное осложнение – возможность кровотечений.

Эндоваскулярный и прямые хирургические методы – тромбозембоlectomia, проводится в рентгенохирургических и высокоспециализированных центрах.

Больные, перенёвшие ТЭЛА (особенно тяжёлую форму), должны находиться под диспансерным наблюдением в течение 6-12 месяцев.

Михаил ГУРЕВИЧ,
доктор медицинских наук,
профессор.

Кафедра терапии Факультета
усовершенствования врачей
Московского областного научно-исследовательского
клинического института
им. М.Ф.Владимирского.

К внутрижелудочковому кровоизлиянию относят возникшее в результате травмы скопление крови и/или её сгустков в полостях желудочков, оказывающее мацерующее и/или компримирующее воздействие на мозг либо блокирующее ликворциркуляцию.

Эпидемиология

Внутрижелудочковые кровоизлияния (ВЖК), по данным КТ-, МРТ- исследований, а также оперативных вмешательств либо вскрытий, обнаруживаются в 1,5-3% наблюдений пострадавших с тяжёлой ЧМТ, достигая 10% при некоторых её формах. Нередко они являются следствием прорыва в желудочковую систему внутримозговых гематом лобной, височной долей или базальных ганглиев. Частота внутрижелудочковых кровоизлияний возрастает до 50% при диффузном аксональном повреждении, и поэтому ВЖК могут служить одним из его маркёров. ВЖК могут сопровождать массивные субарахноидальные кровоизлияния, представляя собой в этих случаях ту или иную примесь жидкой крови к вентрикулярному ликвору. ВЖК, достигаящие по своему объёму гематомной значимости, составляют 1,7-4% внутричерепных гематом.

Механизмы образования

Количество излившейся крови в смеси с ликвором может составлять в боковых желудочках до 100 мл, в IV желудочке – до 20 мл и нередко превышает нормальную вместимость желудочков мозга. И тогда ВЖК, по существу, превращаются во внутрижелудочковые гематомы. Они могут заполнять всю вентрикулярную систему либо отдельные её полости. ВЖК преимущественно располагаются в боковых и III желудочке, иногда в IV. Расширение вентрикулярной системы или отдельных её частей часто сопутствует внутрижелудочковым гематомам. Неравномерность распределения излившейся крови по полостям желудочков зависит не только от локализации источника кровотечения, но и от остро возникающих изменений проходимости путей межжелудочкового сообщения.

Травматические ВЖК могут быть первичными и вторичными. Первичные кровоизлияния развиваются в момент травмы вследствие нарушения целостности хориоидного сплетения, глубоких вен в стенках желудочков и сосудов субэпендимальной зоны и обычно сочетаются с другими тяжёлыми повреждениями мозга. Изолированные ВЖК чаще наблюдаются у пострадавших старческого возраста. ВЖК, как правило, образуются при тяжёлой ЧМТ, биомеханика которой может быть как инерционной, так и ударной (резкое изменение скорости и направления движения головы, удар движущейся головой о неподвижный предмет, удар массивным предметом по малоподвижной голове и т.п.).

Возникающее при этом гидродинамическое воздействие ликворной волны на сосудистые сплетения, глубокие вены и стенки желудочков мозга обуславливает их повреждение, приводящее к интравентрикулярной геморрагии. Доказано, что внезапно расширенная желудочковая система во время травмы (непосредственно после удара) ча-

сто приводит к разрыву субэпендимальных вен. При экспериментальных исследованиях на приматах обнаружено, что при получении травмы по механизму ускорения – замедления (боковое направление) наблюдается быстрое возникновение ВЖК вследствие повреждения вен сосудистого сплетения.

Вторичные травматические ВЖК развиваются при прорыве крови из вблизи расположенных внутримозговых гематом или очагов размождения в полость желудочков через размягченную стенку, а также при глубоких слепых ранениях мозга.

Небольшие внутрижелудочковые кровоизлияния довольно быстро резорбируются. Их следы обнаруживаются в виде зёрен гемосидерина в эпендимальных клетках. Последствия вторичных внутрижелудочковых кровоизлияний выражаются в развитии глиомезодермального рубца в стенке желудочка и отступлении эпендимального слоя клеток в этом участке, глиальной гиперплазии в субэпендимальном слое и утолщении стенок сосудов, иногда с первичными лимфоидными инфильтратами.

Клиника

Клиническая картина травматических ВЖК вариативна и зависит как от тяжести сопутствующих повреждений мозга, так и от интенсивности внутрижелудочкового кровоизлияния. Однако, когда желудочковое кровоизлияние становится внутрижелудочковой гематомой, именно оно часто доминирует в клинической картине, придавая ей не только особую тяжесть, но и определённое своеобразие.

При внутрижелудочковых гематомах (ВЖГ) сопор или кома обычно возникают непосредственно вслед за травмой. Но могут быть также отсроченными, если обусловлены прорывом интрацеребральных травматических гематом в желудочки мозга.

Внутрижелудочковые гематомы имеют свои клинические особенности, определяемые непосредственным (в отличие от гематом другой локализации) воздействием излившейся массы крови на паравентрикулярные образования, в частности, на высшие вегетативные центры, ретикулярную формацию и другие структуры ствола мозга. Лишь изредка глубокое выключение сознания развивается на фоне стёртого светлого промежутка, спустя несколько часов или дней после травмы. Первичная или вторичная кома, наступившая вследствие ВЖГ, усугубляется, не обнаруживая каких-либо признаков ремиссии, если не предпринимается оперативное вмешательство на желудочковой системе.

Характерной особенностью клинической картины ВЖГ является выраженность горметонического синдрома или отдельных его элементов. У больных периодически наблюдаются тонический спазм и меняющийся тонус с чередованием резкой мышечной гипертонии и гипотонии во всех конечностях. Пароксизмы горметонии могут

провоцироваться внешними раздражителями, в том числе и обычными приёмами неврологического исследования. Иногда тонические судороги настолько учащаются, что практически представляют собой эпилептический статус.

Нередко проявляются насильственные разнообразные движения, которые включают автоматизированную жестикуляцию, стереотипные движения руками в виде «почёсывания», «поглаживания», «натягивания одеяла» и т.п., а также оральные и мануальные гиперкинезы подкоркового типа (ритмические сосательные, чмокивающие движения губ, мелкий тремор конечностей). Порой ярко выражены защитные рефлексы, возникающие при различных раздражениях участков тела, отдалённых от реагирующих конечностей.

Надо отметить, что все указанные двигательные-тонические феномены манифестируют уже в начальном периоде внутрижелудочкового кровоизлияния и нередко могут длительно сопутствовать коме вплоть до агонального состояния. Мышечный гипертонус с децеребрационной ригидностью и горметонией при углублении коматозного состояния сменяется атонией. В части наблюдений ВЖГ на фоне атонии и арефлексии кома может протекать без горметонического синдрома.

К важным особенностям клиники внутрижелудочковых гематом относятся раннее проявление и тяжесть вегетативно-стволовых нарушений. Обычно уже в первые часы после травмы развивается гипертермия, достигающая 38-40,5°C. У большинства пострадавших отмечается тенденция к артериальной гипертонии, порой со значительными колебаниями систолического давления. Обращают на себя внимание обильная потливость, гиперемия, или, напротив, бледность кожных покровов. Нередко наблюдается многократная рвота, отмечаются также непроизвольные мочеиспускание и дефекация.

При внутрижелудочковых гематомах грубо страдает регуляция дыхания и сердечно-сосудистой деятельности. Обычно рано развивается прогрессирующее тахипноэ (от 30 до 70 дыханий/мин.), позднее к нему присоединяются нарушения ритма дыхания. Часто отмечается относительная брадикардия (64-80 уд/мин. при гипертермии), в дальнейшем переходящая в тахикардию. Иногда уже при поступлении больного устанавливается резкая тахикардия (до 160 уд/мин.).

Неврологическая симптоматика при травматических ВЖГ обычно двусторонняя при преобладании очаговых симптомов поражения оральных отделов ствола мозга. У больных нередко выявляется диссоциация в выраженности менингеальных симптомов по продольной оси тела, выступающих здесь преимущественно в качестве тонических рефлексов (чаще в виде отчётливого симптома Кернига при меньшей выраженности

или практическом отсутствии ригидности затылочных мышц). Порой проявляется диссоциация сухожильных рефлексов по продольной оси тела (торможение сухожильных рефлексов на руках при оживлении их на ногах, угнетение коленных рефлексов при повышении ахилловых, а также другие варианты взаимоотношений сухожильных рефлексов по оси тела), «пестрота» в распределении тонуса между мышцами конечностей.

Нередко у больных с ВЖГ обнаруживают рефлекторный парез зрения вверх, «плавающий взор», сходящееся или расходящееся косоглазие, а также содружественное отклонение зрения в сторону. Зрачки часто остаются суженными вплоть до агонального состояния. Иногда миозу предшествует частичный мидриаз.

Обычно вызывается двусторонний рефлекс Бабинского. Порой экстензия большого пальца может провоцироваться болевыми раздражениями кожных зон, отдалённых от подошвенной поверхности стопы. Кожные рефлексы при ВЖГ оказываются резко угнетёнными, а сухожильные одинаково часто изменяются в сторону как торможения, так и оживления.

У ряда больных встречается феномен диссоциации между степенью выраженности зрачковых и роговичных рефлексов: отсутствие реакции на свет при живых роговичных рефлексах и, наоборот, очень низкие роговичные рефлексы при живой реакции на свет. По-видимому, это зависит от уровня, на котором произошло кровоизлияние в желудочковой системе – супратенториально (боковые и III желудочки) или субтенториально (IV желудочек).

Близость внутрижелудочковых гематом к стволу мозга не исключает нередкое проявление и латерализованных гнёздных симптомов (в виде анизорефлексии, парезов конечностей, центральной слабости лицевого нерва, анизокории и т.д.). Они могут быть связаны не только с сопутствующим черепно-мозговым повреждением, но и с самой ВЖГ. В этих случаях латерализованная гнёздная неврологическая симптоматика в сочетании с изложенными выше вегетативно-стволовыми нарушениями указывает на преобладающее поражение того или иного желудочка и паравентрикулярных структур соответствующей стороны. Зависимость отдельных гнёздных симптомов от ВЖГ, в частности, одностороннего мидриаза, обусловленного скоплением крови в желудочках, иллюстрируется их исчезновением после вентрикулярной пункции.

Необходимо отметить и некоторые особенности парезов при внутрижелудочковых геморрагиях. Они характеризуются периодическим возникновением в паретичных конечностях меняющегося тонуса, тонических судорог, защитных рефлексов, обычно выраженных более мягко, чем в «непоражённых» конечностях.

(Окончание следует.)

Травматическое внутрижелудочковое кровоизлияние

Вирус Зика, разносчиком которого является комар Aedes aegypti, добрался до США и ряда стран Европы, где отмечены первые случаи заражения. Вспышки болезни зарегистрированы в Азии, Африке, Южной и Северной Америке, Тихоокеанском регионе.

Вирус Зика обнаружен у жителей американских штатов Арканзас и Вирджиния. Врачи уверены, что оба больных заразились за пределами США, поскольку лихорадка Зика является болезнью обезьян. Но иногда она может передаваться человеку через укусы комаров. Однако опасности для других жителей штатов нет, поскольку в них сейчас – не сезон распространения комаров.

Лихорадка Зика вызывает высокую температуру, конъюнктивит, головные боли и боли в суставах, воспалительные процессы, а в отдельных случаях – тошноту и рвоту, расстройства и боли в желудке сопровождаются повышением температуры тела, головными болями и болями в мышцах и суставах. Есть сведения, что заражение этим вирусом в период беременности может вызвать у плода тяжёлые поражения мозга, привести к другим тяжёлым врождённым порокам развития и даже гибели младенца.

Не случайно Президент США Барак Обама оперативно провёл встречу с представителями сферы здравоохранения по вопросу предотвращения распространения в стране вируса Зика и других болезней, которые могут переносить комары. Данную проблему глава исполнительной власти страны обсудил с министром здравоохранения и социальных служб Сильвией Мэтьюз

Угроза

Так ли страшен вирус, как его малюют?

Президент США Барак Обама также озабочен лихорадкой Зика...



ВОЗ прогнозирует широкое распространение вируса Зика в странах Южной, Центральной и Северной Америки

Бервел, директором Центров по контролю и профилактике заболеваний США Томасом Фриденном и директором Национального института аллергических и инфекционных заболеваний США Энтони Фаучи. Они рассказали президенту «о факторах, которые потенциально могут привести к распространению вируса Зика, а также о недавно

выпущенных рекомендациях для путешествующих и руководстве для медицинских работников, осуществляющих уход за беременными женщинами». Кроме того, участники встречи обсудили экономический ущерб, который эпидемия может причинить западному полушарию. «Президент подчеркнул важность усиления исследовательской работы по

созданию более эффективных диагностических тестов, вакцины и терапевтических методов, а также призвал предоставить всем американцам информацию о вирусе Зика и о тех шагах, которые они могут предпринять для защиты себя от инфекции», – резюмирует пресс-служба Белого Дома.

Особенно быстро вирус распространяется сейчас в западном полушарии: он уже проник в 21 страну из 55, хотя в мае прошлого года власти Бразилии подтвердили связь между инфицированием вирусом Зика беременной женщины и повышенным риском развития микроцефалии у новорождённого. Однако во Всемирной организации здравоохранения подчёркивают, что данные о том, что во время беременности или родов вирус передаётся от матери к ребёнку, «ограничены». Ранее медики порекомендовали жительницам

Южной Америки воздержаться от того, чтобы заводить детей до 2018 г.

А правительство Бразилии намерено в течение 3-5 лет зарегистрировать вакцину против вируса Зика. Чтобы ускорить создание вакцины, власти страны будут напрямую финансировать исследовательский центр, занимающийся её разработкой. С октября 2015 г. в стране было зафиксировано более 3,5 тыс. новорождённых с признаками микроцефалии.

Центр по контролю и профилактике заболеваний ВОЗ призвал беременных женщин отложить поездки в Боливию, Бразилию, Кабо-Верде, Колумбию, Эквадор, Сальвадор, Французскую Гвиану, Гваделупу, Гватемалу, Гайану, Гаити, Гондурас, Мартинику, Мексику, Панаму, Парагвай, Сен-Мартин, Суринам, Самоа, Венесуэлу и Пуэрто-Рико. Также эксперты рекомендуют женщинам, которые недавно посещали эти страны, пройти обследование у врачей.

Константин ШЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

На чеку!

В санитарно-карантинном пункте омского аэропорта пассажиры, прибывающие из всех стран, неблагополучных по инфекционным заболеваниям, в том числе из Таиланда, находятся под контролем в круглосуточном режиме.

Через государственную границу Российской Федерации в воздушном пункте пропуска аэропорта «Омск-центральный» выполняются десятки регулярных рейсов. К примеру, в 2015 г. в аэропорту города на Иртыше принимали и отправляли самолёты из Германии, Казахстана, чартерные рейсы в Египет, Таиланд, Турцию, Вьетнам, ОАЭ, Финляндию, Киргизию, Японию, Таджикистан, Грецию, Чехию, Словакию и на Кипр. И в пункте пропуска с целью предупреждения заноса и распространения инфекционных заболеваний, а также потенциально опасных для населения товаров и грузов действует постоянный санитарно-карантинный контроль пассажиров, транспортных средств, товаров и грузов. Так, за минувший год проведён санитарно-карантинный контроль 1205 единиц транспорта, около 175 тыс. лиц из 15 стран дальнего и ближнего зарубежья. При этом выявлено лишь 7 случаев подозрения на инфекционное заболевание, а случаев завоза и распространения инфекционных заболеваний, требующих проведения мероприятий по санитарной охране территории Российской Федерации, не зарегистрировано.

Понятно, что последние сводки с «эпидемического фронта» неутешительны. По данным Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, с 2012 г.

Эпидемический дозор

Он выставлен в аэропорту сибирского города Омска

в РФ было зарегистрировано более 800 завозных случаев инфекционных заболеваний, в том числе малярии – 340 случаев (из них в 2015 г. – 62), лихорадки Денге – 427 (в 2015-м – 103), лихорадки Западного Нила – 13 (в прошлом году – 3), менингококковой инфекции – 37 (в 2015-м – 10), бруцеллёза – 14 (в 2015-м – 4). Кроме того, в 2012 и 2014 гг. в нашей стране регистрировались единичные случаи холеры, завезённые из Индии. На территории Омской области в 2014 г. зарегистрировано 2 завозных случая лихорадки Денге (Таиланд, Вьетнам), в 2015 г. – 2 случая завоза малярии из Республики Конго и Республики Мали.

Помимо инфекционных заболеваний, которые циркулируют в мировом пространстве на протяжении многих лет, возникает опасность распространения ранее локальных эпидемий. В апреле 2015 г. в Бразилии была зафиксирована вспышка лихорадки Зика, которая в 2013 и 2014 гг. наблюдалась во Французской Полинезии. В той же Бразилии и ряде других стран, таких как Аргентина, Боливия, Бразилия, Венесуэла, Колумбия, Эквадор, Панама, Парагвай, Перу, инфекционные и паразитарные заболевания, передающиеся при укусе насекомых, очень распространены. И речь идёт не только о вирусе Зика, это – малярия, лихорадка Денге, бразильская



В омском аэропорту действует чёткая система мониторинга всех прибывающих из регионов, эндемичных по особо опасным инфекционным болезням

лихорадка, жёлтая лихорадка... Кстати, как сообщили в Управлении Роспотребнадзора по Омской области, жёлтая лихорадка, передающаяся человеку через укус комаров, остаётся единственным заболеванием, требующим проведения вакцинации при въезде в страны, в которых существует риск заражения этой инфекцией. Вакцина против жёлтой лихорадки обеспечивает защиту от инфекции по истечении 10 дней после проведения прививки. В соответствии с требованиями

Международных медико-санитарных правил (2005 г.) лица, подвергшиеся вакцинации, получают международное свидетельство о вакцинации или профилактике, которое действительно в течение всей жизни. Лица, совершающие поездку, у которых отсутствуют свидетельства о вакцинации против жёлтой лихорадки, выезжающие на территории стран, где присутствуют переносчики жёлтой лихорадки, могут быть подвергнуты карантину на 6 дней, медицинскому обследованию или

иным мерам, вплоть до отказа во въезде в страну, в соответствии со статьёй 31 Международных медико-санитарных правил.

Разумеется, потенциальная опасность «завоза» в Россию вируса Зика потребовала обратить особое внимание на систему мониторинга всех прибывающих из регионов, эндемичных по природно-очаговому особо опасным инфекционным болезням. На территории воздушного пункта пропуска омского аэропорта проводится осмотр пассажиров с измерением температуры, в том числе с использованием стационарного тепловизора. При необходимости медработники опрашивают подозрительных пассажиров, осматривают их, действуя в соответствии с утверждённым административным регламентом. При малейшем подозрении на заболевание пассажиры, прибывающие из стран юго-восточного региона, будут госпитализированы.

Однако в связи с возможным увеличением миграционного процесса в летний период, в преддверии сезона отпусков, в том числе и в страны Центральной и Южной Америки, эпидемиологи предупреждают об актуальных инфекционных угрозах. И рекомендуют в целях обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения и санитарной охраны территории Российской Федерации выбирать для отдыха и поездок за рубеж страны, благополучные в эпидемиологическом отношении, а также соблюдать меры профилактики инфекционных и паразитарных заболеваний.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

Возвращаясь к напечатанному

Пьедестал для новой эры

Его сконструировали в СССР. Но за развалом страны последовала гибель оригинального проекта в области сосудистой хирургии

В рамках XXIX съезда Европейского общества сосудистых хирургов (ESVS) в сентябре минувшего года в Порту (Португалия) прошла специальная сессия, которая посвящалась только одному вопросу – присуждению звания Почётного члена ESVS украинскому профессору Николаю Володосю. Это был первый случай признания вышеупомянутым обществом мировых заслуг за специалистом из страны бывшего Советского Союза в связи с 30-летием первого в мире применения метода стент-графтинга для чрескожного внутрисосудистого протезирования аорты в клинической практике. «Медицинская газета» откликнулась на это неординарное событие статьёй Владимира Клышника «Видный учёный и практик-виртуоз» (см. «МГ» № 80 от 23.10.2015). А недавно в редакционной почте обнаружилось письмо из Харькова от героя нашего материала. В нём 81-летний Николай Леонтьевич благодарит команду специалистов Клинической больницы № 122 им. Л.Г.Соколова ФМБА России, коллектив которой возглавляет профессор заслуженный врач РФ Яков Накатис. Оказывается, поездка украин-

ского профессора в Порту на специальную сессию ESVS, где хирургический мир аплодировал ему стоя, состоялась благодаря безвозмездному дару петербургских врачей. Незадолго до события в Португалии хирурги больницы заслуженные врач РФ кандидат медицинских наук Важа Тоидзе и профессор Анатолий Романчишен выполнили знаменитому советскому и украинскому учёному две сложнейшие операции, чем спасли его жизнь. Профессор Н.Володось выражает через газету признательность и Алексею Светликову – заведующему отделением хирургии № 5 доценту Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И.Мечникова. Ранее с ним по проблеме эндоваскулярного протезирования работала группа специалистов во главе с Алексеем Владимировичем.

Далее автор возвращается к истории формирования всемирно признанного сейчас направления в сосудистой и эндоваскулярной хирургии и рассуждает о будущем своего детища – стент-графтинга. Публикацию этого большого фрагмента письма мы предлагаем сегодня вниманию читателей.

Для многих моих коллег, иностранных специалистов оказался совершенно неожиданным тот факт, что метод стент-графтинга впервые в мире разработали, изучили на моделях, в эксперименте и в клинике на территории Советского Союза – страны, в то время не считавшейся передовой по развитию сердечно-сосудистой хирургии. У нашего проекта была отличительная черта – при создании инструментов для его выполнения, при его осуществлении в эксперименте, а затем в клинике были применены изделия, разработанные исключительно советскими конструкторами и на базе предприятий медицинской промышленности и военно-промышленного комплекса СССР. Ни одним импортным изделием мы не воспользовались. Конечно, это указывает на огромные возможности, могучий творческий интеллектальный потенциал бывшего Союза. Обидно, что ни в России, ни в Украине в настоящее время не создаётся конкурентоспособных, не уступающих импортным изделиям аналогов инструментов по эндоваскулярной технологии...

Итак, наш проект 30-летней давности был осуществлён, как говорится, на «голом» месте, благодаря имевшим в то время место особенностям сотрудничества коллективов научно-технических учреждений в оказании помощи медицине. Помощь подразумевается в широком смысле – в осуществлении медицинских проектов, направленных на улучшения имевшихся или создание и разработку новых методов лечения, на оснащение медицинских учреждений передовой техникой. К сожалению, тот дух и мораль безвозмездного сотрудничества безвозвратно утеряны.

Как известно, метод стент-графтинга предполагает использование полноценного самофиксирующегося синтетического протеза в отличие от «голых» пружин-стентов, направленных на поддержание диаметра сосуда после ангиопластики. Революционность состоит в том, что он ориентирован не на коррекцию большого сегмента сосуда и дальнейшее его использование, как стент после ангиопластики, а на замещение поражённого сегмента сосуда протезом. Ко времени начала нашей работы такого протеза в мире не было. Краеугольным камнем советского проекта как раз и явилось стремление создать самофиксирующийся синтетический протез как ключевое звено в осуществлении стент-графтинга.

Для этого нужно было разработать конструкцию, которая, будучи введённой в протез, придавала бы ему свойство самофиксации. Так появилась радиальная зигзагообразная пружина, вшитая в просвет протеза, она придавала ему свойство самофиксации. Самофиксирующийся синтетический эндопротез был создан впервые в мировой практике. Аналогичная Z-образная конструкция просто как стент через 5 месяцев после регистрации нашего авторского свидетельства в СССР была зарегистрирована в США под названием «стент Giatusco».

Нашим коллективом совместно с коллективами научно-технических институтов была изучена функция вновь созданного самофиксирующегося синтетического эндопротеза на моделях, включая сегменты трупной аорты. Мы исследовали параметры радиального усилия, необходимые для безопасной фиксации пружины и протеза в сосуде в условиях пульсирующего кровотока. Кроме того, была разработана методика осуществления самого метода стент-графтинга. Изучение в эксперименте показало хорошую эффективность метода и его безопасность.

Также нам удалось разработать и впервые в мире применить в клинике основные варианты мето-



да – стент-графтинга подвздошной артерии (1985 г.), грудной аорты (1987 г.), брюшной аорты (1989 г.). До нас никто не применял и метод комбинированного (гибридного) эндоваскулярно-хирургического протезирования аневризмы дуги аорты. Технологию стент-графтинга мы испробовали – опять-таки впервые в мировой практике – в ургентных условиях для лечения неотложной патологии – массивного лёгочного кровотечения при аорто-бронхиальной фистуле.

Вышеперечисленные вмешательства были осуществлены нами на 5-7 лет ранее, чем за рубежом. Однако в западной медицинской литературе дело представили иначе: мол, метод разработали и впервые применили вовсе не советские учёные-медики. И наши разработки, несмотря на своевременные публикации в отечественных и иностранных журналах, оставались до последних лет в тени. Впрочем, благодаря принципиальной гражданской позиции некоторых зарубежных учёных, в первую очередь, ведущего интервенционного радиолога Европейского союза Красси Иванцева (Лондон), историческая справедливость восторжествовала. Начиная с 2013 г. состоялся ряд крупных, так называемых истори-

ческих сессий в рамках ведущих международных конгрессов (в США, Бразилии, Италии, нашей стране), где приоритет советских учёных был на официальном уровне документально подтверждён. Выполнение 4 мая 1985 г. первой в мире операции по имплантации эндоваскулярного стент-графта засвидетельствовал, наконец, и исполнительный комитет Европейского общества сосудистых хирургов, избрав мою скромную персону осенью прошлого года почётным членом ESVS.

На начальном этапе выполнения проекта мы попытались наладить в Советском Союзе серийный выпуск отечественных эндопротезов и систем для их доставки. Прошли все необходимые процедуры и экспертизы и были близки к выполнению этой задачи, но распад страны застал нас на стадии клинических испытаний.

Таким образом, уничтожение СССР оказалось губительным не только для нашей большой державы, но и для нашего проекта. К сожалению, попытка осуществить эту задачу, начиная с нуля в Украине, объявившей себя независимой, также не увенчалась успехом.

Я и поныне лелею надежду, что будут созданы конкурентоспособный самофиксирующийся эндопротез и система для его доставки российский производством в целях осуществления метода, который впервые в мире был рождён именно в Советском Союзе. Считаю ненормальной ситуацию, когда Россия при её нынешнем уникальном научно-техническом подъёме не обладает такими изделиями. По моему глубокому мнению, Российская Федерация, наследница СССР, исторически и морально обязана и имеет реальные возможности для создания специализированного промышленного комплекса по их производству. Пока же в России стент-графтинг осуществляется с использованием систем, созданных зарубежными фирмами. Сейчас меня спрашивают: как

вы оцениваете опыт 30-летнего применения стент-графтинга? Конечно, разработанный нами метод явился новой главой в «книге по эндоваскулярной хирургии», применительно к аорте и сосудам крупного диаметра со своей спецификой и особенностями. Он изменил схему лечения основных видов патологии аорты и крупных сосудов. Заставил переоценить, уточнить анатомию патологии грудной и брюшной аорты. Было выполнено своего рода «математизирование» анатомических данных. Метод, я полагаю, явился стимулом к разработке новых способов диагностики.

В конечном итоге открытие сделало возможным спасение групп больных с такой патологией, как расслоение и разрывы аорты, которые ранее были обречены. Я вижу, что метод выделился в самостоятельный вектор эндоваскулярной хирургии и явился базой для развития других курсов, стал толчком к продвижению новых вариантов эндопротезирования с применением фенестрированных, фигурных, параллельных эндопротезов, сэндвич-техник. Наиболее значимым в этом направлении является эндопротезирование клапанов сердца, успешно разрабатываемое на базе метода стент-графтинга. Метод стент-графтинга стал фундаментом для новой эры в лечении патологии клапанов сердца эндоваскулярными методами, в развитии эндоваскулярного протезирования клапанов сердца, которое находится последнее время на новом витке.

Поэтому-то недопустимо, чтобы такая страна, как Россия, оставалась в стороне от неослабевающего движения вперёд на этом пути, не только сугубо медицинское, но и социальное значение которого трудно переоценить. Нельзя не учитывать, что достижения метода стент-графтинга сыграли большую роль в снижении смертности и инвалидности от сердечно-сосудистых заболеваний.

Николай ВОЛОДОСЬ,
почётный член Европейского общества сосудистых хирургов, профессор.

Харьков.

События

В Алтайской краевой детской клинической больнице открылось отделение амбулаторной урологии-андрологии. Ежегодно здесь могут получить высококвалифицированную помощь более тысячи детей с пороками развития и заболеваниями мочевой системы. При обследовании и лечении маленьких пациентов применяют самые современные и наименее травматические способы и методики: лапароскопию, эндоскопию, микрохирургические, реконструктивно-пластические и другие малотравматичные вмешательства.

Сбылась мечта уролога

На открытии нового отделения присутствовали главный специалист уролог Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности, главный уролог Сибирского федерального округа, заведующий кафедрой урологии и нефрологии Алтайского государственного медицинского университета Александр Неймарк и главный детский уролог-андролог Главного управления по здравоохранению и фармацевтической деятельности Александр Газаматов.

– Это очень знаменательное событие для Алтайского края. Конечно, помощь детям с подобными проблемами много лет и достаточно успешно оказывали, оказывают и будут оказывать в отделениях детской хирургии. Но центр детской урологии, включающий все направления амбулаторной помощи, который будет заниматься диагностикой и лечением детей, мы открываем впервые. Здесь будут работать с юными жителями и Барнаула, и всех городов и районов Алтайского края, – отметил Александр Неймарк. Он признался журналистам, что много лет мечтал о создании подобного специализированного отделения (правда, со стационаром), в котором будут оказывать помощь детям с урологическими и нефрологическими проблемами. По словам А.Неймарка, ежегодно за помощью к урологам обращаются более 100 тыс. жителей Алтайского края. Работа нового отделения наверняка снизит этот показатель за счёт своевременно оказанной детям помощи.

– Такое отделение необходимо именно на базе краевой детской больницы, поскольку урологические и нефрологические заболевания являются междисциплинарными, и к лечению детей могут подключаться врачи других специальностей – неврологи, педиатры, психологи, – подчеркнул Александр Газаматов.

По словам уролога-андролога кандидата медицинских наук Ильи Попова, запись на приём идёт и по телефону регистратуры краевой детской больницы, и по телефону отделения, и через интернет-регистратуру. Очередей на приём нет.

– Мы вполне можем обеспечить высокоспециализированной медицинской помощью всех желающих. Два специалиста принимают до 50 человек в день, в течение 20 рабочих дней можно принять до тысячи пациентов, это достаточно хороший показатель. Важно и то, что есть возможность провести обследование ребёнка в течение 1 дня, причём не только осматривать и консультировать детей, но и проводить лабораторную диагностику, инструментальные обследования, УЗИ, рентген. Значит, нет необходимости обращаться в другие медицинские учреждения, можно привлекать врачей смежных специальностей, сотрудничая с отделениями краевой детской больницы, – подчеркнул И.Попов.

Алёна ЖУКОВА,
спец. корр. «МГ».

Барнаул.

Итоги и прогнозы

Шагнувшие за пределы страны

В Москве недавно прошёл XIX конгресс педиатров России

Несмотря на то (а, может, наоборот, благодаря тому), что он проводился в выходные дни, в его работе участвовали свыше 7 тыс. человек, ещё 23 тыс. детских врачей из 55 стран мира смотрели интернет-трансляцию в режиме онлайн. Столь велик оказался интерес к этому мероприятию.

Его посетили министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова, руководитель Роспотребнадзора Анна Попова, глава Росздравнадзора Михаил Мурашко, заместитель министра науки и образования России Людмила Огородова, заместитель председателя комитета по социальной политике Совета Федерации Людмила Козлова, директор Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения Минздрава России Елена Байбарина, заместитель директора этого же департамента Ольга Чумакова, директор Департамента лекарственного обеспечения и регулирования обращения медицинских изделий Минздрава России Елена Максимкина и другие официальные лица. Мало какой форум удостоен такого большого внимания.

Министр поздравила детских докторов не только с ярким событием в их профессиональной жизни, но и с замечательными успехами. Так, за минувший год младенческая смертность снизилась на 12,2% и составила 6,5 промилле.

— Это — результаты нашей общей работы, демонстрация того, что можем сделать за очень ко-

роткий период времени, — сказала глава Минздрава. — Ваше сообщество — одно из самых организованных среди профессиональных медицинских сообществ. И то, что совершенно им за год, вызывает восхищение и гордость.

Главной задачей на 2016 г. министр назвала внедрение клинических протоколов и системы управления качеством медицинской помощи.

— Для нас важно не просто иметь клинические рекомендации, а добиться того, чтобы они выполнялись на местах, — подчеркнула В.Скворцова.

В рамках конгресса состоялась 4-я Всероссийская конференция «Неотложная детская хирургия и травматология», 5-й Евразийский форум по редким болезням, 6-й Форум детских медицинских сестёр, 9-й Международный форум детских хирургов. Были подведены итоги конкурсов, организованных Союзом педиатров России, «Лучший педиатр» и «Лучшая педиатрическая медицинская сестра».

Валентина ЕВЛАНОВА,
корр. «МГ».

Более подробно о конгрессе читайте в ближайших номерах «МГ».

События

«Поздравляю вас и в вашем лице науку Москвы с вашим праздником — Днём российской науки», — торжественно произнёс на открытии церемонии награждения молодых учёных мэр Москвы Сергей Собянин, вручив премии правительства Москвы за 2015 г.

Праздник науки

«В этом году мы увеличили количество премий в 3 раза, доведя их до 30, — подчеркнул он. — Тем не менее конкуренция за одно место не снизилась, а пожалуй, даже увеличилась. На каждое место претендовало 12 заявок, 12 коллективов».

Конкурс на соискание премий правительства Москвы молодыми учёными проводится каждый год начиная с 2013-го. Один из главных критериев для участия в конкурсе — возраст. Участники могут быть научными и научно-педагогическими работниками, аспирантами, докторантами, иными специалистами, ведущими научную и научно-техническую деятельность в научных организациях и высших учебных заведениях, а также специалистами предприятий и организаций, проводящими экспериментальную деятельность. Главное, учёные не должны быть старше 35 лет.

Победители получают премии в виде денежного вознаграждения и дипломы. Если победил коллектив, то премия будет разделена по равным долям на всех учёных, диплом получает каждый. В 2013 и 2014 гг. премии получили 29 молодых учёных. В 2015 г. лауреатов стало больше, а именно увеличилось на 21. Число премий за фундаментальные исследования

выросло с 10 до 13 по следующим категориям: «Математика, механика и информатика», «Физика и астрономия», «Химия и наука о материалах», «Биология», «Медицинские науки», «Науки о Земле», «Общественные науки», «Гуманитарные науки», «Информационно-коммуникационные технологии», «Технические и инженерные науки», «Наука мегаполису». Каждая премия выплачивается в размере 1 млн руб.

Помимо этого, появилось 18 премий за прикладные разработки по номинациям: «Авиационная и космическая техника», «Автомобильный и железнодорожный транспорт и инфраструктура», «Биотехнологии», «Фармацевтика», «Медицинское оборудование и материалы» и т.д.

В этот раз количество заявок на участие в конкурсе по сравнению с 2014 г. увеличилось на 83%, а именно их подали 379 участника. Больше всего заявок было в области медицинских наук, биологии, инженерных наук. Премии за прошлый год получило большое число лауреатов, 48 человек, тогда как за предыдущие 2 года (2013-2014) всего 29 человек.

Марк ВИНТЕР,
МИА Сити!

Москва.

Новости

Спасение особой сложности

Врачи Краснодарской краевой больницы № 1 внедрили уникальную для региона методику лечения опухолей челюстно-лицевой области. Для полного восстановления нижней челюсти пациентки был взят фрагмент кости из её голени. Кроме того, впервые в регионе была успешно проведена дентальная имплантация — сращивание зубных имплантатов с челюстной костью.

...За помощью к специалистам краевой клиники обратилась 30-летняя Н., во рту у которой выросла опухоль размером 8 см. Много лет женщина наблюдалась в нескольких медицинских центрах страны, но ни один хирург так и не решился на радикальные меры. Доступ к новообразованию был крайне затруднён, а значит, вместе с ней требовалось удаление почти половины нижней челюсти! Для молодой женщины такое решение проблемы звучало как приговор...

В НИИ — Краснодарской краевой больнице № 1 пациентку убедили не медлить с операцией. Опухоль была пограничного характера (т.е. имела как доброкачественные, так и злокачественные черты), неуклонно росла, а значит, последствия могли быть самыми тяжёлыми. Хирургическое вмешательство проходило далеко нестандартно, врачи решили применить незаурядную реконструктивную методику. На место удалённого фрагмента нижней челюсти был искусно помещён фрагмент кости, взятый... из голени пациентки! Он полностью повторял недостающий элемент: его длина, угол наклона и всё прочее были грамотно учтены. Хирургам оставалось лишь соединить артерии.

«Новая» челюсть прекрасно прижилась, и немного спустя в ней вживили зубные имплантаты. Сегодня, глядя на эту симпатичную женщину, ни за что не подумаешь, что ещё недавно она перенесла такую серьёзную и необычную операцию.

Дмитрий АНДРЕЕВ.

Краснодар.

Уроки радости

Волонтёры — студенты Якутского медицинского колледжа возобновили в наступившем году проведение «Уроков радости» для юных пациентов Педиатрического центра Республиканской больницы № 1 — Национального центра медицины Республики Саха (Якутия), страдающих онкологическими заболеваниями. Задача этого проекта заключается в реабилитации детей с тяжёлыми недугами.

Арт-терапия проходит в «Солнечном городе» Педиатрического центра, где созданы благоприятные условия для маленьких пациентов. Студенты-медики с помощью художественных занятий помогают детям легче пережить длительное пребывание в стационаре.

Вместе со студентами ребята занимаются лепкой, рисованием, изготавливают ручные поделки, аппликации и оригами.

Как признаются сами дети, каждый урок для них — это праздник улыбок и ярких красок.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Якутск.

Работают мастера

Разделяй и пересаживай

Такая технология трансплантации в России применена впервые

Врачи Государственной новосибирской областной клинической больницы выполнили сплит-трансплантацию одной донорской печени двум взрослым реципиентам по технологии «in situ splitting», когда орган разделяется на две половины в организме донора. Технология «полный правый — полный левый in situ splitting» в России применена впервые.

До этого, в 2014 г. в Федеральном медицинском биофизическом центре им. А.И.Бурназяна ФМБА России сделали первую в нашей стране операцию сплит-трансплантации трупной печени двум взрослым реципиентам. Но тогда было проведено экстракорпоральное сплитирование — разделение печени на две половины ex situ, то есть вне организма донора, после эксплантации и консервации органа. Новосибирские трансплантологи пошли более трудоёмким путём, однако данное технологическое решение они считают оправданным.

— Да, сама техника разделения органа in situ сложнее, чем ex situ: хирург работает на кровотоке, и времени на сплитирование печени требуется больше. Зато разделение на кровотоке позволяет, во-первых, минимизировать время ишемии донорского органа, а во-вторых, это абсолютно контролируемая ситуация с меньшими рисками дисфункции частей пересаженной печени в посттрансплантационном периоде, — поясняет заместитель главного врача по хирургической помощи Новосибирской областной

клинической больницы, хирург-трансплантолог, кандидат медицинских наук Иван Поршеников.

Сама по себе сплит-трансплантация, как подход, позволяет частично нивелировать дефицит донорских органов, который существует во всём мире. Даже при значительно более высокой, чем в России, донорской активности в странах Европы и США потребность в донорских органах удовлетворяется не полностью. Вот почему в 1988 г. немецкий хирург Рудольф Пихльмайер, профессор Медицинского института Ганновера предложил выполнять сплит-трансплантацию трупной печени двоим реципиентам: левая доля — ребёнку, правая — взрослому пациенту. В России данная технология особенно востребована, так как она обеспечивает возможность пересадки органа детям, у которых нет родственного донора печени, а вопрос детского органного донорства в нашей стране до сих пор окончательно юридически не решён.

Сибирские хирурги были не первыми, кто выбрал самый сложный вариант сплиттинга: пара реципиентов «взрослый — взрослый» и разделение печени в теле донора. За рубежом подобный опыт есть, однако следовать ему отваживаются далеко не все клиники. По словам И.Поршеникова, это объясняется, в частности, тем, что в случае пары реципиентов «ребёнок — взрослый» риск дисфункции имплантированного донорского органа гораздо меньше, потому что взрослый реципиент получает

сегмент печени почти такого объёма, который и нужен взрослому организму, а меньший сегмент пересаживается ребёнку.

— Если же мы говорим о паре реципиентов «взрослый — взрослый», каждый из них получает донорский орган маленького размера. Таким образом, в ситуации «полный левый — полный правый сплит» вероятность печёночной недостаточности выше, и к этому нужно быть готовыми, — говорит специалист.

Решение проводить сплит-трансплантацию хирурги ГНОКБ приняли в тот момент, когда появился «оптимальный» донор, единственно подходящий для сплиттинга печени. В понимании трансплантологов «оптимальный» донор — это, как правило, молодой человек с нормальным уровнем печёночных ферментов, с нормальным уровнем натрия (это очень критичный параметр для печени), без гепатоза, с небольшой дозой или вообще без вазопрессорной поддержки, умерший в результате сосудисто-мозговой катастрофы.

По словам доктора И.Поршеникова, такие доноры встречаются редко, их не более 10%. Но в данном случае донор был действительно из категории оптимальных, и это предопределило выбор объёма и тактики операции. И что ещё немаловажно — за спиной у новосибирских хирургов к тому моменту уже был многолетний опыт пересадки почек и печени, более сотни операций.

— По моему мнению, сплит можно делать только тогда, когда хирурги

имеют опыт и родственной пересадки, и пересадки целой печени, когда они прошли через самые разные осложнения и умеют преодолевать эти трудности. Мы начинали с пересадки целой трупной печени. Затем начали делать родственные пересадки. А получение фрагмента печени у живого родственного донора — это, по большому счёту, то же самое, что сплиттинг. Среди наших пациентов есть подростки и дети, в том числе до года, которым мы пересаживали и правые половины, и левые половины печени, — продолжает заместитель главного врача Новосибирской областной больницы.

Как только появилась информация о доноре, врачи ГНОКБ выбрали из листа ожидания двоих подходящих по всем параметрам реципиентов и вызвали их в клинику. Работали параллельно двумя бригадами, заранее чётко распределив обязанности. В общей сложности работа длилась более 20 часов: начали в 10 утра и закончили около 8 часов утра следующих суток. Прошло достаточно времени, чтобы можно было уверенно сказать: операция оказалась успешной для обоих реципиентов.

На вопрос, будете ли вы ещё делать сплит-операции, если появится «оптимальный» донор, Иван Поршеников признаётся: «Мы сделали это не ради эксперимента и готовы выполнять такие операции, особенно детям».

В настоящее время в листе ожидания трансплантации трупной печени в Новосибирской областной больнице около 30 человек, в том числе несколько детей, у которых нет родственных доноров. В 2015 г. в клинику сделали 26 пересадок печени.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Новосибирск.

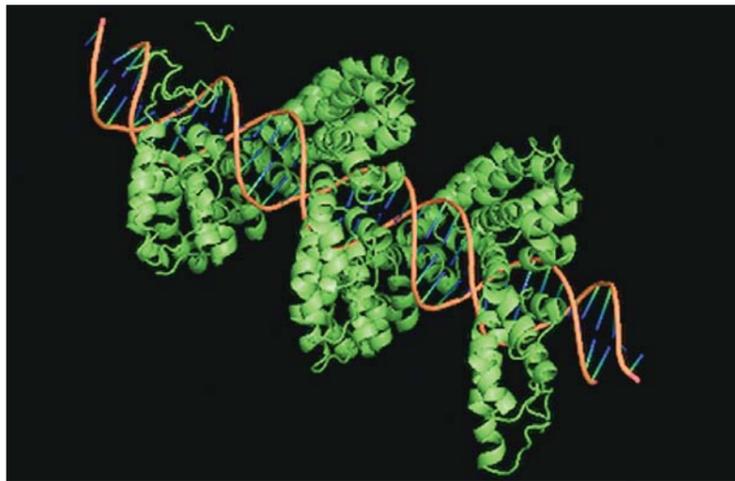
Перспективы

Центры дыхания

Мы часто вздыхаем по разным поводам, например с облегчением, но менее известно, что люди вздыхают постоянно с периодичностью примерно в 5 минут (просто, как и моргание глазами, они этого не замечают).

Известно, что «центры», или группы нервных клеток, управляющие сердцебиением и дыханием, располагаются в стволе мозга, расположенном между головным и продолговатым. В своё время нейрофизиологов поразил тот факт, что в зрительной коре есть клетки, реагирующие на линии под определённым углом. Так, вроде, был решён вековой давности спор о том, разлита ли та или иная функция по всей коре или представлена в её конкретных «полях». Очередное подтверждение локализации конкретной функции в отдельных нейронах получили в Калифорнийском университете Лос-Анджелеса. Там выяснили, что за вздыхания отвечают две небольшие группы нервных клеток, расположенных по обе стороны ствола (для этого учёным пришлось «просеять» активность 19 тыс. генов). Мыши дышат значительно чаще людей, поэтому их нейроны ствола посылают импульсы к дыхательным мышцам около 40 раз в час, и вдохи помогают расправить просвет лёгочных альвеол.

Нейроны посылают свои оторостки не только к дыхательным, но и к другим мышцам, управляя тем самым нашими движениями, выбросом крови из печени при беге и интенсивной работе, артериальным давлением и работой желёз, выделяющих различные секреты. Но гораздо важнее то, что нервные отростки соединяют между собой нейроны, образуя нейросети. Речь идёт не о механическом переплетении аксонов и дендритов, а о формировании нервных клеток друг с другом, через которые идёт передача нейромедиаторов, например адреналина, и пептидов. Сотрудники Лондонского университета коро-



Зелёная молекула белка «обвивает» спираль ДНК

левы Марии показали, что уже у морских звёзд синтезируются пептиды, имеющиеся и у человека, например KISS («поцелуй»), необходимый для формирования сетей в пубертате.

Образование синапсов требует смены «формата» генной активности, управляемой особыми протеинами, получившими название транскрипционные факторы, поскольку они регулируют транскрипцию, или «переписывание» генной информации. Исследователи Висконсинского университета в городе Мэдисон получили 3D-модель одного из таких факторов, показывающую детали структурного взаимодействия белка и ДНК. Это очень важно для более точного ген-редактирования, которое видится как будущее адресных ген-терапий. Их целями могут стать геномные «исправления» в стареющих клетках, которые с возрастом более склонны к озлокачествлению. В старых клетках теряется компактность ДНК, что ведёт к уменьшению размеров хромосом. Пока, правда, учёные возлагают свои надежды на генно-модифицированные клетки. Так, в Национальном институте рака в Вашингтонском пригороде Бетесда модифицировали циркулирующие в крови злокачественные клетки (CTC – Circulating Tumor Cells), которые обрета-

ют способность «самонаведения» на опухолевые клетки рака молочной железы и лёгких, а также меланомы, выделяющие один из белков-маркёров. Этот подход привёл к уменьшению размеров опухолей и их метастазов при отсутствии воспаления и потери веса.

Клеточный подход важен и при лечении разного рода нейропатий, сопровождающихся часто нарушениями в нейросетях. Революционный метод исправления этих нарушений предложен в университете канадской провинции Альберта, где для «сварки» нервных отростков использовали фемтосекундный лазер. Импульсы направляли на соприкасающиеся фосфолипидные мембраны – оболочки нервных клеток, в результате чего нейроны оказывались соединёнными друг с другом за какие-то 15 миллисекунд (что занимает часы в культуре или мозгу). Мощность импульсов при «сварке» клеток составляла $1,7 \times 10^{12}$ Вт/см², а размер соединённого-сваренного участка клеточных оболочек равнялся 0,5 мк. Так постепенно нано- и геномные технологии «сближаются» друг с другом, обещая решение, по крайней мере, некоторых биомедицинских проблем.

Игорь ЛАЛАЯНЦ,
кандидат биологических наук.
По материалам Molecular Therapy.

Исследования

Позитивные результаты исследований в борьбе с пневмонией и сепсисом были получены при изучении натуральной канадской глины.

группы бактерий Escape, имеющих патогены класса MRSA, которые вызывают пневмонию и сепсис. Исследователи использовали 16 различных бактерий, выбирая

Глиняный рецепт

Данная глина носит название Kisameet и в течение веков использовалась коренными народами, населявшими центральное побережье Британской Колумбии, для лечения практически всего – от различных кожных недугов до внутренних инфекций. Глина в качестве лекарства применялась и врачами, её прописывали от ожогов и язвенного колита, но после повсеместного появления антибиотиков в середине XX века данная практика сошла на нет.

Хотя, кажется, настало время возвращаться к истокам. Резистентность современных бактерий к антибиотикам стала серьёзной проблемой, нависшей над системой здравоохранения. Именно поэтому команда из Университета Британской Колумбии в Ванкувере решила испытать народное средство. За основу были взяты пробы

штаммы, наиболее агрессивно ведущие себя в больничных условиях, и протестировали их, добавив к ним разбавленную суспензию глины. Эксперименты длились 24 и 48 часов. Результаты оказались впечатляющими: глина справилась со всеми 16 штаммами, оправдав известные с давних времён антибактериальные свойства.

Пока ещё только предстоит определить механизмы, благодаря которым народному средству удаётся бороться с бактериями. А пока следующий намеченный этап – тестирование Kisameet на лабораторных животных – носителях бактериальных инфекций. И кто знает, возможно, именно эта глина станет основой для будущих лекарственных препаратов.

Игорь НОВИКОВ.
По материалам Zee News.

Всё дело в хромосоме

Учёные из Университета Манчестера исследовали недавно открытый наследственный синдром, который может объяснить, почему некоторые страдают от сильного ожирения, скачков настроения, умственных и поведенческих проблем. Данный синдром был открыт по итогам изучения 6 семей из разных уголков мира. Первая семья проживает в Манчестере. Остальных нашли в Лондоне, городах Испании, Швеции, Италии и Франции. У синдрома пока нет названия, впрочем, как и статистики его распространения.

Итак, синдром связан с генетическим отклонением, затрагивающим 6-ю хромосому. Хромосома просто удалена. И это отражается на клетках в гипоталамусе, выделяющем окситоцин. В норме у людей в каждой клетке по 46 хромосом, разделённых на 32 пары с двумя копиями 6-й хромосомы. Одна копия наследуется от каждого родителя. 6-я хромосома охватывает примерно 171 млн строительных элементов ДНК (базовых пар). Это где-то 6% всего ДНК-материала в клетках.

С 6-й хромосомой связаны до 1100 разных генов, которые составляют инструкции для производства белков. А эти белки уже выполняют различные функции

в теле. Поэтому синдром имеет столь обширную симптоматику, включая проблемы с поведением, контролем голода, жажды, с обучением и установлением социальных связей. Негативный эффект удаления 6-й хромосомы был подтверждён на примере рыбок Данио. Синдром, как говорят учёные, может передаваться и от отца, и от матери. Если дефект есть только у одного родителя, то риск наличия синдрома у ребёнка 50%. Синдрому подвержены представители любой этнической группы.

Кирилл ОРЛОВ,
внешт. корр. «МГ».
По материалам
The Daily Mail.

Открытия, находки

Российские и итальянские учёные объявили о создании на базе полианилина сверхминиатюрных мемристоров, с помощью которых можно будет создавать принципиально новые «сетевые» компьютеры. Напомним, что мемристор представляет собой вроде бы обычное сопротивление (резистор), но отличается от него нелинейностью (вольт-амперной характеристикой (в обычном сопротивлении по закону Ома ток пропорционален напряжению)).

В мемристоре очень важно изменение вольтажа, возрастание которого открывает «врата» нарастанию тока, интенсивность которого сохраняется и после уменьшения напряжения, в результате чего устройство некоторое время сохраняет «память»: уменьшение на 0,5 вольта в новом мемристоре приводило к возрастанию тока в 50 раз (с 0,1 мкА до 5), что достаточно для чёткого распознавания сигнала (signal recognition). Это свойство мемристора позволило авторам создать перцептрон – функциональную сеть «нервного» восприятия, то есть перцепции (откуда и название). Преимуще-

Сети мемристоров

ством её является возможность обучения (training) при подаче случайной последовательности электрических сигналов-импульсов. Если их перцептрон давал неверный «ответ» при подаче на вход определённой комбинации импульсов, учёные могли дать «поправку» – подсказку, в результате чего после нескольких повторов внутренние параметры мемристора претерпевали реконфигурацию, следствием которой был правильный «логический» ответ.

Новое устройство делает мемристоры похожими на обычные нейроны, функционирование которых в сетях автономно и зависит от суммы сигналов, поступающих на их синапсы, или точки межклеточных контактов. Структура последних, весьма динамична (пластична), поскольку они постоянно исчезают и создаются вновь. Этим нервные клетки отличаются от чипов, на которых виды памяти и процессоры разделены. В более простых чипах «гарвардской»

архитектуры, используемых для управления работой холодильников, лифтов и автомобилей, память и программы микроконтроллера объединены. Её преимущество и в том, что пластиковые схемы позволяют создавать 3D-архитектуру, помещая мемристор на мемристор в отличие от кремниевых чипов с их жёсткой 2D-структурой. Указанные преимущества новых мемристоров позволят создавать новые компьютеры, функциональные «клетки» которых будут подобно живым нейронам работать параллельно, повышая эффективность и снижая затраты энергии (что вселяет надежду и на создание искусственного интеллекта). Новые сети уже на первых этапах развития могут использоваться для распознавания образов и почерка людей, верификации их электронных подписей и машин на «автопилоте» (нечто подобное используется относительно давно в роботах-автопилотах больших авиалайнеров). Ещё одной областью

являются, конечно же, работающие со скоростью человеческой мысли интерфейсы человеческого мозга и компьютера, обладающие сегодня весьма ограниченными возможностями.

Примером естественного интерфейса в организме является совокупность нервных сетей, управляющих согласованной работой сонма мышц в организме. Наше желание двинуть рукой «отправляется» на уровень спинного мозга, импульсы из которого включают сокращение бицепсов и трицепсов (дву- и трёхглавой мышц). Отключение коркового контроля порождает судороги, а гибель моторных нейронов спинного мозга приводит к параличу конечностей или боковому амиотрофическому склерозу, жертвой которого является британский учёный С.Хокинг. Нарушение движений является ведущим симптомом при болезни Паркинсона, развивающейся на фоне гибели нейронов, синтезирующих допамин-дофамин,

необходимый для поддержания жизнеспособности нервных клеток. Вещество синтезируется нейронами глубоких структур мозга и действует на клетки базальных групп (ганглиев), лежащих в основании полушарий. Импульсы от их нейронов «спускаются» затем к сетям ствола мозга у его перехода в спинной. Журналы Cell и Neuron поместили две статьи, в которых говорится о важной роли сетей базальных ганглиев для моторного контроля, осуществляемого путём тонкой «настройки» баланса возбуждающих и тормозящих нейронных. Совокупный (интегральный) «пакет» импульсов отправляется затем в ствол мозга и ниже. Во второй статье описывается оптогенетический контроль движений у мышей с моделью паркинсонизма, дрожание конечностей у которых «включалось» с помощью лазерных импульсов. Вполне возможно, что со временем биоинженеры создадут биосовместимые мемристоры-девайсы для помощи людям с расстройствами движений разного происхождения.

Иван ЛАРИН,
кандидат биологических наук.
По материалам
Organic Electronics.

Не нова тема. И меньше всего хотелось бы возвращаться к ней (см. «МГ» № 14 от 26.02.2014 – «Право жить и право умереть...»). Но приходится. Ибо чем дальше, тем настоятельнее звучат на Западе сопряжённые с нею трудные вопросы, остающиеся без ответа. Примером тому может служить Канада. По мере того как во всех провинциях страны медленно, но верно близится легализация эвтаназии и введение регулирующих её процедур, набирает силу дискуссия о том, где и какие при этом будут границы юридических, этических и моральных обязательств привлекаемых к ней врачей?

«Закон суров, но...»

Год назад Верховный суд Канады исключил из уголовного кодекса страны две статьи как противоречащие основополагающей Хартии прав и свобод граждан. Одна гласила, что «никто не имеет права давать согласие на добровольный уход из жизни». Согласно другой, «любое действие, помогающее или облегчающее человеку совершить самоубийство, есть преступление». Тем самым судьи утвердили конституционное право тяжело и неизлечимо больным людям делать выбор в пользу ускоренной кончины по собственному желанию, философски определив, что «суверенность индивиду простирается и на то, как он распоряжается своим переходом в небытие».

В то же время Верховный суд постановил, что «врач не может быть никоим образом принуждён участвовать в действиях, влекущих смерть пациента, вне зависимости от желания последнего». Казалось бы, в совокупности эти формулировки обеспечивают полное юридическое равновесие и права обеих сторон в такой ситуации. Но, как показывает развернувшаяся полемика, ставить точку на этом преждевременно.

Безусловно, подавляющему большинству практикующих врачей вряд ли когда придётся иметь дело с эвтаназией и брать на себя, скажем, введение смертельной инъекции или отказ от мер поддержания жизни пациента, который предпочтёт умереть, нежели продолжать испытывать физические страдания – в конце концов, эти случаи носят и будут иметь скорее исключительный характер. Однако многие из них – особенно семейные врачи –

Ситуация

За кем последнее слово?

Отношения врача и пациента требуют особого регулирования в свете эвтаназии



Быть или не быть?

окажутся перед необходимостью определять личную позицию.

Постулат из Клятвы Гиппократова, предписывающий отрицательное отношение к эвтаназии, не является догмой для значительной части медицинского сообщества. Недавний опрос среди местных медиков выявил, что почти треть – 29% – согласятся ассистировать людям, сознательно принявшим последнее в жизни решение. Но как быть тем служителям Эскулапа, кто по личным этическим, религиозным и любым другим причинам захочет отказаться от этой роли? Не правомерно ли тогда говорить о связывающих их профессиональных обязательствах перед пациентами?

Или такой вопрос – может ли врач, отказавшись ввести смертельную инъекцию, адресовать пациента к коллеге, готовому сделать её так же просто, как безобидную прививку? Согласно тому же опросу, изрядная часть медиков считает, что в сущности такая переадресовка сродни участию в самой процедуре. Что вызывает следующий вопрос – достаточно ли будет врачу уклониться, лишь сославшись, что на это есть другие клиники и коллеги-специалисты, не называя их конкретно? Почему он не может в принципе исключить для себя рассмотрение самой идеи эвтаназии как несовместимой с

его человеческими, нравственными или профессиональными убеждениями?

Pro и contra

В Национальной медицинской ассоциации Канады, объединяющей около 80 тыс. врачей, сотрудников ординатур и студентов-медиков, в последние годы развернулись острые споры вокруг этих тем. На ежегодных собраниях, например, не раз звучало требование узаконить в профессиональном кодексе оговорку, позволяющую врачу выступать с так называемым «осознанным возражением». Эта формулировка, однако, не была принята – но, очевидно, только пока.

Тем не менее одобренные ассоциацией «Рекомендации канадским врачам в подходе к эвтаназии» признают необходимым чётко прописать регламент участия или неучастия в ней. Особо отмечается, что врачу должно быть предоставлено право на отказ перенаправлять пациентов, избравших добровольный уход из жизни. Предполагается, что вместо такого направления будет достаточно лишь «дать пациенту полную информацию об имеющихся возможностях».

В обоснование выдвигается тезис: «Врач, предпочитающий уклониться от исполнения или

участия в эвтаназии, не должен подвергаться дискриминации». Раздаются также требования предварять содействие добровольному уходу из жизни психиатрическим обследованием пациента или обуславливать его неоднократными беседами с ним и согласием родственников. Однако такие оговорки, убеждён известный юрист Дэвид Бейкер, занимающийся правовыми аспектами медицины, на деле будут создавать препятствия отчаянно больным людям, жаждущим прекращения своих страданий.

Коллегия врачей и хирургов провинции Онтарио, со своей стороны, в недавнем выпущенном заявлении высказалась однозначно: «Врач обязан оставаться с пациентом до последнего». Просто предоставлять смертельно больным «полную информацию», по мнению коллегии, недостаточно. Дескать, вместо этого лечащий врач должен давать так называемое эффективное медицинское направление». Последнее определяется как «исполненное в доброй воле и отсылающее к конкретному, немедленно доступному специалисту или заведению, готовому осуществить эвтаназию».

Подобная практика, впрочем, уже давно утвердилась в гинекологии. Специалисту, который принципиально против абортов, не возбраняется адресовать желающих прервать беременность женщин к тому, кому контроль за рождаемостью и аборт не претят. В случае с эвтаназией, считают её сторонники, свобода поступать таким образом представляется тем более важной.

– Врачи, как и пациенты, обладают неотъемлемым правом на самоопределение от умерщвления человека – пусть и вопреки его настоянию, – утверждают одни.

ОТ РЕДАКЦИИ. В РФ эвтаназия запрещена законом «Об основах охраны здоровья граждан». Думается, отмена запрета, расходящегося с наметившейся в развитых странах тенденцией к декриминализации эвтаназии, – дело времени, пусть и не скорого. В любом случае закон не запрещает общественное обсуждение темы, к которому мы приглашаем читателей. Согласимся, проблема есть и замалчивание не даст возможности скрыться от неё.

– Но у врача есть и священные обязанности, не подлежащие обсуждению, – возражают оппоненты. – Ему не должно решать, до какого предела простирать заботу о благе подопечного в зависимости от личных убеждений.

Верховный суд отвёл федеральному правительству и парламенту страны один год, чтобы разработать и утвердить юридические параметры, касающиеся эвтаназии. Столкнувшись с разногласиями мнений, исполнительная власть и законодатель не справились к истёкшему в феврале сроку. Тогда суд дал ещё 4 месяца для их обобщения и создания свода регулирующих правил. Затем они должны быть приняты в каждой из 12 провинций и территорий, кроме Квебека, где соответствующий закон уже действует.

Федеральный министр здравоохранения Джейн Филпотт надеется, что в регионах возобладают единообразные стандарты, но не исключает и существенных расхождений в подходах к столь щекотливой теме. Её коллега из Британской Колумбии Терри Лэйк полагает, что они могут касаться таких моментов, как возраст больных, правомочность на эвтаназию и сроки её проведения. Исчерпывающе ясно, добавляет он, должно быть одно – интерес пациента имеет приоритет перед возможным дискомфортом врача. Как говорится в меморандуме, принятом медицинской ассоциацией Онтарио, это диктуется самой природой их отношений – даже когда пациент выбирает уход из жизни.

Том ЗАЙЦЕВ,
соб. корр. «МГ».

Оттава – Нью-Йорк.

Фото
Александра ХУДАСОВА.

Взгляд

За последние 10 лет число заболевших онкологическими заболеваниями во всём мире выросло примерно на 15%. Россия не осталась в стороне: каждый год в стране выявляются около 500 тыс. таких больных. Согласно научным данным, треть онкологических заболеваний связана с неправильным питанием.

Данные Росстата свидетельствуют: второе место среди причин смертности в России занимают новообразования. На учёте у российских онкологов в конце 2014 г. состояло почти 3,5 млн больных. Среди причин, вызывающих онкологию и особенно тесно связанных с развитием рака молочной и предстательной желез, учёные разных стран называют употребление трансжиров.

Многолетнее исследование во Франции более 25 тыс. женщин выявило устойчивую связь между риском онкологического заболевания и уровнем трансжиров в крови. Вероятность заболеть раком молочной железы у тех, чьё

Противораковое питание

суточное потребление их значительно превышает рекомендуемую норму в 1% от суточного рациона, возрастает в 2 раза.

«Трансжиры сейчас используют как самое дешёвое жировое сырьё для производства всего, начиная от молокопродуктов до выпечки, сладостей, замороженных продуктов, соусов и фастфуда. Основная доля трансжиров поступает из гидролизованного растительного масла, которого в России много: процесс тоже очень дешёвый и осуществляется на заводах, оснащённых ещё советской техникой. Самостоятельно отличить их по вкусу или виду продукта невозможно – остаётся только надеяться на правильность маркировки, где должно быть указано «частично гидрогенизированные жиры». Также можно ориентироваться и по цене продукта: если цена ниже среднего, то скорее всего в этих

продуктах содержатся дешёвые трансжиры», – прокомментировал данные профессор факультета фундаментальной медицины Московского государственного университета им. М.В.Ломоносова Олег Медведев.

Ещё одним продуктом, который может увеличить риск возникновения рака, являются мясные продукты. К такому заключению пришла Всемирная организация здравоохранения после анализа последних научных данных, опубликованных в конце прошлого года.

Кажется, что мясные полуфабрикаты недешёвы, но их покупают как более дешёвую замену цельному мясу. Процессы обработки, добавки и насыщенные жиры, содержащиеся в полуфабрикатах, приводят к росту риска онкологических заболеваний. Среди последствий потребления этих веществ в продуктах питания – увеличение риска

возникновения сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний: рака кишечника, молочной железы, простаты, шейки матки, поджелудочной железы и др.

«Раньше «дешёвой едой» называли привычные для нас овощи: морковь, картофель, свёклу, а также крупы. «Дорогой» – мясо и рыбу, импортные продукты. Сейчас же «дешёвой едой» стали чипсы, полуфабрикаты, замороженные и переработанные продукты. При низкой цене они очень калорийны, но при этом бедны питательными веществами. При стремительно растущих ценах на овощи и фрукты многие вынуждены пересматривать свой список покупок, пытаясь уложиться в бюджет.

Группа учёных из МГУ разработала список полезных замен для привычных продуктов питания, цены на которые выросли больше всего за последнее время. «Мясо – традиционная

часть рациона россиян, и обычно от него отказываются в самом крайнем случае. А зря, – отметил О.Медведев. – Все современные рекомендации по питанию призывают уменьшить потребление мяса. Мясо богато белком, а для взрослого человека белок должен составлять не более 10-15% рациона. Заменить мясо легко – птицей (курица) или растительной пищей».

Бобовые, подчеркнул он, очень богаты растительным белком, как и многие овощи (такие как брокколи) и листовая зелень.

Кроме того, специалист напомнил, что возможно полностью отказаться от мясных продуктов и получать весь белок из растительной пищи – такой вид питания называется вегетарианством и широко распространён в мире. «Существует и промежуточный вариант, флекситарианство, – это частичное вегетарианство, когда мясо или птицу вы едите 1-2 раза в неделю, а всё остальное время питаетесь растительной пищей», – сказал профессор.

Алина КРАУЗЕ,
МИА Сито!

Болезни великих

Иллюзии Врубеля

10 февраля 114 лет назад он явился в психиатрическую клинику в маниакальном состоянии

Психиатры в своих исследованиях давно уже не ограничиваются областью душевного расстройства в собственном смысле. Очень много ценного для специалистов они черпали в творческих переживаниях и художественных произведениях, причём использовали их в разных направлениях. Чаще всего в литературных типах они стремились найти дополнение к клиническим наблюдениям, устанавливая сближения художественных образов с теми или иными болезненными формами.

Между тем в психиатрии в настоящее время принимается, что «чистые» формы заболевания представляют большую редкость. Гораздо чаще наблюдаются переходные смешанные формы. Этим, вероятно, объясняется тот факт, что в различных психиатрических работах одному и тому же художнику ставятся не всегда одинаковые диагнозы, проявляется сложная клиническая картина благодаря взаимодействию различных наследственных моментов, экзогенных влияний.

В архивах клиники Первого Московского государственного университета, где в толстых фолиантах эпически, как в летописи, отмечаются скорбные страницы жизни, находится краткая записка:

«Явился в клинику 10 февраля 1902 г. 46 лет от роду Михаил Александрович Врубель; по национальности русский (отец поляк), родился в гор. Омске в 1856 г., образования высшего, сословия привилегированного. Диагноз: Paralysis progressiva. Выписался с значительным улучшением 16 сентября 1903 г.» (затем следует краткое описание болезни). В следующем – 1908 г. – такая же краткая записка, краткая заметка о пребывании и о страданиях гениального художника.

К этим фактам можно добавить следующие данные:

М.А.Врубель родился в 1856 г. Мать умерла 23 лет от роду. Страдала туберкулезом.

Отец умер 70 лет. Инсульт. Страдал артериосклерозом.

Дед по матери – маньяк. Дед по отцу – алкоголик.

Брат умер 11 лет от туберкулеза.

Сестра перенесла острое меланхолическое состояние.

Брат от другой матери – наркоман.

Сестра перенесла временный паралич.

Сын художника родился с заячьей губой. Умер 2 лет от воспаления мозговых оболочек.

Эти противоположные свойства отца и матери соединил в себе в сложном синтезе Михаил Александрович. Характера был мягкого. В детстве был энергичен, оживлён, любознателен. По окончании гимназии начинает меняться характер. Сделался за-



Автопортрет

думчив, застывает, стоя на одном месте, впадает в оцепенение. По-видимому, начинают выявляться шизоидные черты. Иногда обычная вдумчивость сменяется ажитацией. Тогда острая жажда впечатлений. Пьёт алкогольные напитки с университетских лет, иногда помногу. Окончил юридический факультет, интересовался философией. Поступив в Академию художеств, сам намечает себе дорогу. Непонятый, непризнанный, всё же не уклоняется от намеченного пути. Друзей и врагов удивляет своим талантом. Совершенно исключительная память. Страстно любит природу. Из Венеции пишет сестре: «Так хорошо, что и говорить и писать некогда». Долго вынашивает в себе образы, долго добивается идеи, сущности, часто переутомляется работой. В 1892 г. заболевает сифилисом.

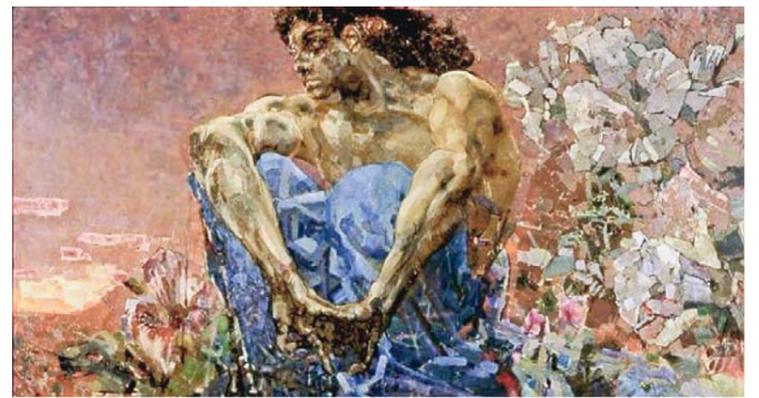
В 1896 г. женился. Был счастлив, спокоен, сосредоточен. Был очень заботлив. Много пишет портретов жены. Этот образ был для него достижением. Задумывается о своей судьбе и с друзьями говорит о том, что его ждёт впереди ужасная будущность. Волнение усиливается в 1900 г. Делается тревожным, нервным. С 1900 по 1902 г. пишет без перерыва. Осенью 1901 г. много волнений по поводу «Демона». Делается раздражительным, расстроенным, беспокойным. Болтлив, возбуждён. Носится с огромными планами в искусстве.

В 1902 г. по окончании последнего «Демона», 46 лет от роду, заболевает и поступает в психиатрическую клинику 1-го Московского университета. Состояние маниакальное, возбуждённое. Идеи величия: он – император, пьёт только шампанское, он – музыкант, его голос – хор голосов. Склеивает из бумаги платки, проводит штрихи – карандашами, углем. Собирает мусор, возится над ним. Говорит – выйдет Борис и Глеб. Эротичен. Неврологический status подтверждает диагноз. Постепенно наступает улучшение. Заботится о жене. Пишет с натуры, пишет складки чехла на стуле. От разговоров об искусстве уклоняется. Чувствует себя утомлённым. Выписывается после полугодичного пребывания в клинике с улучшением.

Внезапная смерть малютки-сына. Пишет его портрет. Состояние резко удручённое. Через полгода опять поступает в клинику. Депрессивное состояние. Бред самообвинения, отрицания, греховности. Галлюцинации: его пытаются, его казнят, его сажают в тюрьму. Его жена умирает с голода. Он опозорил семью. У него нет ни рук, ни ног. Он – пустой мешок. 47 лет он вовсе не жил. Временами казалось, что его личность распалась, но вслед затем он пленяет своей мягкостью, умом. Бывал агрессивен, но до грубого цинизма паралитиков не доходил. В конце года улучшение. Пишет портреты.

В 1904 г. переводится в лечебницу доктора Усольцева. Много работает. Стилизация цветов. Интересуется Корсаковым. Снова переживает острое маниакальное состояние. Он – знаменитый художник, ещё не превзойдённый. Он – знатного польского рода. Скачки идей. Рисует резкими штрихами на стенах. Несколько успокаивается. Пишет много автопортретов. На одном перекрасил себе волосы и украсил себя красным платочком. Пишет себя много раз. Часто один портрет на другом. Опять улучшение. В 1905 г. новая вспышка возбуждения. Во время ремиссии снова работает. И так всё время. В 1905 г. начинает слепнуть. «Хотя бы ядом ускорить себе конец», – говорил в скорби художник. В 1909 г. в Петрограде Врубель скончался.

Сквозь эти объективные данные, немногочисленные и сухие, прорывается Врубель – художник, полный тревоги, напряжённый в своих картинах, нашедший для себя так много прекрасных образов, носивший их, создавший такую особенную «врубелевскую» манеру письма, такой тонкий в стилизации, вникавший своим взором и философским умом в суть вещей, идей и своими резкими углами оттенявший, отделявший эту суть, так много черпавший от природы, от любви. Врубель стоит одиноко среди плеяды русских художников: жизнерадостный и скорбный, «солнечный» и холодный.



Знаменитая картина М.Врубеля «Демон сидящий»

Всё творчество Врубеля связано с демоном. Или демонами?.. Его преследовали галлюцинации. Что бы он ни писал, будь то Пани или Царевна-Лебедь, или же сам Демон – его творения были порождением демонов его собственного сознания.

Скоро наступит пора, когда галлюцинации и видения будут не творческими, а выражением его больного ума, также бессильными и уродливыми. Окончив демона, художник явился в клинику. Он рассказывал, что до галлюцинаций ярко видел картины.

Так болел и творил Врубель. Болезнь шла необычным путём. У него не было благодушия паралитиков. У него бывали моменты мании величия. Но он был горд, и хотя творил в безумии, но всё же был творцом. Он до болезненной яркости переживал свои творения. Он чувствовал свою силу, когда на Нижегородской выставке был

один; он чувствовал свою силу, когда яростно, безумно творил. Он захлёбывался от избытка мыслей, он переживал их содержание. Когда же наступала ремиссия, он был «глубоко счастлив», о чём гласит его надпись: «В память моего исцеления». У него нет эмоциональной тупости, он до конца – «в муках страждущий». Во всех этих взрывах, скачке идей, галлюцинациях, бреде отрицания вскрылись другие механизмы в ослабленном организме.

Профессор Ф.Рыбаков один из основателей и первый директор Московского психоневрологического института, говорит: «Циркулярная форма прогрессивного паралича наблюдается у лиц с циклофренической конституцией, обладающих более или менее тяжёлой невро-психопатологической наследственностью». Из течения болезни Михаила Александровича мы можем сказать, что из смешанных генов, полученных в наследство, преобладали гены циклоидные, как они в патологии проявились у его сестры. Кроме того, наследственность его была отягощена. По мнению профессора Рыбакова, при такой форме прогрессивного паралича раньше

всего теряется зрение, что случилось и на этот раз.

Врубель-художник умер раньше, чем Врубель-человек.

Так бледная спирохета, в конце концов сделав свою разрушительную работу, отняла у художника высшие надстройки (супер-рефлексы), его воображение, эмоции, весь сложный дар его композиции, богатство, тонкость восприятия, его зрение. Уступая болезни, художник желал смерти.

В заключение можно процитировать слова Паскаля: «Как бы высоко и вширь не разрослись ветви дерева, корни его так же низки к земле, как ноги ребёнка».

Мария ЦУБИНА,
преподаватель.
Психиатрическая клиника
2-го Московского
государственного университета.
Кирилл ОРЛОВ,
внешт. корр. «МГ».

Здоровая жизнь

В Омской городской клинической больнице скорой медицинской помощи № 1 прошёл 7-й открытый турнир по волейболу памяти П.Г.Пилипенко.

Врач-организатор высшей квалификации, Павел Герасимович более 10 лет не просто руководил этим крупнейшим в городе на Иртыше лечебно-профилактическим учреждением, но и развивал его техническую базу, способствовал внедрению в практику коллег новейших методов оказания неотложной медицинской помощи. А ещё он был страстным почитателем спорта, без занятий которым, считал, медику, да ещё работающему зачастую в экстремальных ситуациях, никак нельзя. Почему и стремился приобщить

В жизни медиков всегда есть место спорту

к физической культуре весь коллектив клиники, организовывая соревнования в разных видах спорта, спартакиады, а в особо им любимом волейболе – турниры и мини-чемпионаты.

Благодаря Павлу Герасимовичу на территории больницы был выстроен и спортивно-оздоровительный центр «Медик», в котором сейчас работают десятки секций, ежемесячно собирающие в спортивных и тренажёрных залах более 400 человек. Причём вечерами здесь меняют белые халаты на футболки и трико не только сотрудники БСМП-1, но и медработники из других город-

ских стационаров и поликлиник.

Павлу Пилипенко не было и 60, когда он ушёл из жизни. Коллеги решили не только сохранить спортивные традиции, у истоков которых он стоял, но и развивать их дальше. Так появилась идея проведения открытого турнира по волейболу памяти главного врача П.Г.Пилипенко. С каждым годом количество команд, принимающих участие в этих соревнованиях, растёт. И сейчас состоялся уже 7-й турнир, собравший 13 команд из различных омских учреждений здравоохранения. По традиции спортивный праздник начался с церемонии возложения

цветов к портрету П.Г.Пилипенко, собравшиеся почтили его память минутой молчания.

Весь день команды, разделённые волейбольной сеткой, упорно боролись за очки, стремясь к победе. Спортивные баталии на площадке разгорались нешуточные. В итоге кубок и 1-е место в памятном турнире завоевала команда «Звезда» Омской областной клинической больницы, серебряным призёром стала команда БСМП-1, «бронза» досталась команде спорткомплекса «Медик», 4-е место заняли волейболисты МСЧ № 7.

Получив заслуженные награды,

заряд хорошего настроения и позитива, руководители лечебных учреждений и рядовые сотрудники клиник ещё долго обсуждали острые моменты соревнований, красивые передачи на волейбольной площадке, слаженную игру команд и, конечно, они не раз добрым словом вспоминали Павла Пилипенко, благодаря которому многие врачи и подружились со спортом. И пусть эта дружба год от года только крепнет.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

В редакции «Медицинской газеты» состоялось награждение лауреатов Всероссийского литературного конкурса имени Михаила Булгакова врачей Любви Колосовой (Москва), Александра Селивёрстова (Владимир) и журналиста и писателя Владимира Королёва (Смоленск).

События

Литературные традиции «Медицинской газеты»

Конкурс завершён – конкурс продолжается!

Вручая почётные дипломы победителям и поздравляя их, главный редактор «МГ» Андрей Полтораки подчеркнул, что литературная составляющая в старейшем врачебном издании страны придаёт «МГ» особую культурологическую значимость, позволяет газете уверенно чувствовать себя на рынке медицинских СМИ страны не только благодаря насыщенности её страниц сугубо медицинской информацией и аналитикой современных проблем отрасли, но и демонстрацией высокохудожественных произведений поэзии и прозы, авторами которых являются представители многотысячного медицинского сообщества России. Андрей Васильевич отметил повышенную требовательность редколлегии к уровню исполнения рассказов, зарисовок, очерков и стихотворений, поступивших для публикации в минувшем году. Году литературы. Что ж, тем заслуженнее успех лауреатов Булгаковского конкурса-2015.

Заместитель главного редактора – ответственный секретарь «Медицинской газеты», член Союза писателей РФ Василий Садковский, давая творческие характеристики лауреатам, отметил особую наблюдательность Любви Колосовой, продолжительное время работавшей на «скорой», которая сумела случаи из своей практики облечь в форму оригинальных повествований. Очевиден творческий прогресс Владимира Королёва. Признанный, благодаря «МГ», лучшим очеркистом страны на выстав-



А.Селивёрстов, Л.Колосова, В.Королёв (слева направо) в редакции «МГ» после вручения дипломов лауреатов конкурса

ке «Пресса-2000» ВВЦ РФ, он за последние 15 лет издал 20 книг стихов, художественной и документальной прозы, стал дважды лауреатом международного литературного конкурса имени К.М.Симонова (Могилёв, Республика Беларусь), награждён медалями А.Т.Твардовского

и М.Ю.Лермонтова, избран членом правления Смоленской областной организации Союза писателей РФ.

А Александр Селивёрстов, главный рентгенолог Департамента здравоохранения Владимирской области, заслуженный врач России, готовится к всту-

плению в Союз писателей РФ. На церемонию награждения он привёз и подарил участникам торжественного мероприятия прекрасно изданную книгу стихов «Восторг и трепет, страсть и боль...»

А ещё Александр Александрович продекламировал стихо-

творение, написанное прямо в редакции:

Когда душа, блуждая где-то,
Сомнений собственных полна,
Ты, «Медицинская газета», –
Наш друг, и критик, и судья.
Нас ценности одни венчали,
Мы с ними шли из века в век,
И заповедью в них звучали –
Величье, Разум, Человек.

Присутствовавший на торжестве заслуженный врач РФ Марк Фурман, победивший в конкурсе-2004, пожелал, чтобы «МГ» и дальше высоко держала планку литературной художественности, соответствуя году 125-летия Михаила Булгакова. Да-да, в мае – юбилей великого писателя, подарившего нам образы профессора Преображенского и его помощника Борменталья, фельдшера Демьяна Лукича и акушерки Анны Николаевны, клинициста Стравинского и юного земского врача, других замечательных героев, влюбивших нас в себя и заставляющих вновь и вновь перечитывать книги Мастера!

Также напоминаем нашим читателям, что литературный конкурс имени М.А.Булгакова на страницах «МГ» продолжается. С нетерпением ждём прозаических и поэтических произведений по редакционному адресу.

Соб. инф.

Фото Александра ХУДАСОВА.

СКАНВОРД																																																																																																																																																											
Часть электр. машины	Пакли-таксел	Животное, Африка	Усиление	Пальма	Фуроремид	Франц. физик	Жанр вост. поэзии	Журавль	Знамя	Сарагоса	Город, Калуж. обл.	Часть ноги																																																																																																																																															
Река, Казахстан	Рубленая котлета	Богатство ... сродни	Сонм	Шиповатый кустарник	Герцогиня, Г. Манн	Сушеная трава	Сундук на судне	Земноводное	Тротил	Крутой кипяток																																																																																																																																																	
Река, Бернес	Десятка, туз	Народ, Прага	... точно! (воин.)	Натур. текст. нить	Старин. кувшин (тюрк.)	Кровеносный	Изо-сорбида монокристалл	Тайлер	Бей-сингер, фильм	Торг. палатка																																																																																																																																																	
Рос. биолог	Город, Коми	Родственница березы	Корейское письмо	Тувин. муз. инструмент	Согласие																																																																																																																																																						
Автор Валерий Шаршуков	Роль Ю. Яковлева	Бактерия	Борзая																																																																																																																																																								
<table border="1"> <tr> <td>Б</td><td>И</td><td>Ш</td><td>О</td><td>П</td><td>Р</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>Ш</td><td>К</td><td>О</td><td>Р</td><td>У</td><td>Н</td><td>Д</td> </tr> <tr> <td>О</td><td>Л</td><td>Т</td><td>А</td><td>Р</td><td>О</td><td>К</td><td>А</td><td>Р</td><td>П</td><td>Е</td><td>Л</td><td>А</td><td>Н</td><td>У</td><td></td><td>Н</td><td>Е</td> </tr> <tr> <td>В</td><td>О</td><td>В</td><td>Е</td><td>К</td><td>И</td><td>Е</td><td>Д</td><td>М</td><td>А</td><td>Р</td><td>О</td><td>И</td><td>Е</td><td>К</td><td>О</td><td>Р</td><td>Д</td> </tr> <tr> <td>Н</td><td>Е</td><td>Ф</td><td>У</td><td>Л</td><td>И</td><td>М</td><td>А</td><td>И</td><td>Я</td><td>М</td><td>А</td><td>У</td><td>С</td><td>О</td><td>Н</td><td>Е</td><td>Т</td> </tr> <tr> <td>К</td><td>У</td><td>О</td><td>Р</td><td>Л</td><td>И</td><td>А</td><td>Б</td><td>А</td><td>И</td><td>Х</td><td>А</td><td>М</td><td>С</td><td>А</td><td>А</td><td>В</td><td>А</td> </tr> <tr> <td>О</td><td>А</td><td>З</td><td>И</td><td>С</td><td>Ю</td><td>М</td><td>О</td><td>Р</td><td>И</td><td>Б</td><td>У</td><td>Ш</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Р</td><td>Е</td><td>Т</td><td>О</td><td>К</td><td>И</td><td>К</td><td>А</td><td>Р</td><td>Д</td><td>А</td><td>М</td><td>О</td><td>Н</td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Я</td><td>В</td><td>Ь</td><td></td><td></td><td></td><td>Д</td><td>Р</td><td>О</td><td>З</td><td>Д</td><td>К</td><td>А</td><td>Н</td><td>О</td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>												Б	И	Ш	О	П	Р						Ш	К	О	Р	У	Н	Д	О	Л	Т	А	Р	О	К	А	Р	П	Е	Л	А	Н	У		Н	Е	В	О	В	Е	К	И	Е	Д	М	А	Р	О	И	Е	К	О	Р	Д	Н	Е	Ф	У	Л	И	М	А	И	Я	М	А	У	С	О	Н	Е	Т	К	У	О	Р	Л	И	А	Б	А	И	Х	А	М	С	А	А	В	А	О	А	З	И	С	Ю	М	О	Р	И	Б	У	Ш						Р	Е	Т	О	К	И	К	А	Р	Д	А	М	О	Н					Я	В	Ь				Д	Р	О	З	Д	К	А	Н	О			
Б	И	Ш	О	П	Р						Ш	К	О	Р	У	Н	Д																																																																																																																																										
О	Л	Т	А	Р	О	К	А	Р	П	Е	Л	А	Н	У		Н	Е																																																																																																																																										
В	О	В	Е	К	И	Е	Д	М	А	Р	О	И	Е	К	О	Р	Д																																																																																																																																										
Н	Е	Ф	У	Л	И	М	А	И	Я	М	А	У	С	О	Н	Е	Т																																																																																																																																										
К	У	О	Р	Л	И	А	Б	А	И	Х	А	М	С	А	А	В	А																																																																																																																																										
О	А	З	И	С	Ю	М	О	Р	И	Б	У	Ш																																																																																																																																															
Р	Е	Т	О	К	И	К	А	Р	Д	А	М	О	Н																																																																																																																																														
Я	В	Ь				Д	Р	О	З	Д	К	А	Н	О																																																																																																																																													

Ответы на сканворд, опубликованный в № 9 от 10.02.2016.

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

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

Справки по тел.: 8-495-608-86-95, 8-916-271-10-90, 8-495-681-35-67.
 Рекламная служба: 8-495-608-85-44, 8-495-681-35-96, 8-967-088-43-55.
 Отдел изданий и распространения: 8-495-608-74-39, 8-495-681-35-96, 8-916-271-08-13.
 Адрес редакции, издателя: пр. Мира, 69, стр. 1, Москва 129110.
 E-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения).
 «МГ» в Интернете: www.mgzt.ru
 ИНН 7702036547, КПП 770201001, р/с 40702810738090106416, к/с 30101810400000000225, БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

Отпечатано в АО «ЭКСТРА М» 143405 Московская область Красногорский район, г. Красногорск, автодорога «Балтия», 23 км, владение 1, дом 1.
 Заказ № 16-01-00273 Тираж 28 903 экз. Распространяется по подписке в России и других странах СНГ.