

Медицинская

18 января 2017 г.
среда
№ 3 (7721)

Газета®

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

Работают мастера

Впервые по-родственному

Такая пересадка печени проведена на Иртыше



В Омске, главном городе на Иртыше, в Западно-Сибирском медицинском центре ФМБА России была выполнена родственная трансплантация печени молодой женщине с неизлечимым диффузным заболеванием.

Операцию провели лучшие врачи центра: его директор, доктор медицинских наук, профессор Владимир Шутов, заместитель директора кандидат медицинских наук Игорь Минаев, заведующий отделением портальной гипертензии Евгений Подольский. Участвовали в операции и ведущие специалисты Федерального медицинского биофизического центра им. А.И.Бурназяна ФМБЦ им. А.И.Бурназяна профессор Сергей Восканян и доцент

Идёт операция по трансплантации

Дмитрий Забежинский. Донором девушки стала её мама.

По словам С.Восканяна, родственная пересадка – это «высший пилотаж» в хирургии печени. К ней врачи готовились год. Работа шла одновременно в двух операционных. Сложнейшее вмешательство прошло успешно. Также С.Восканян отметил большую заслугу всего коллектива больницы в том, что в центре есть всё необходимое для проведения таких операций. Это и современное оборудование, и высококвалифицированный коллектив хирургов.

Характерно, что внедрение новых видов высокотехнологичной медицинской помощи населению определено одним из приоритетов сотрудничества правительства

Омской области и Федерального медико-биологического агентства. Губернатор Виктор Назаров и руководитель ФМБА Владимир Уйба заключили соответствующее двустороннее соглашение. На следующий год запланировано 5 подобных трансплантаций печени.

Важно также напомнить, что на протяжении последних 5 лет врачи Западно-Сибирского медицинского центра ФМБА России готовились к внедрению трансплантологии: проходили обучение, перенимали опыт ведущих клиник, закупали необходимое оборудование и медикаменты.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

Нина ПЕТУНИНА,
заведующая кафедрой
эндокринологии Первого МГМУ
им. И.М.Сеченова, профессор:

Главным принципом ведения пациентов, в особенности – больных диабетом, является персонификация.

Стр. 5



Виктор ВЕРИКОВСКИЙ,
главный врач Воронежской
областной клинической больницы,
кандидат медицинских наук:

Будущее – за многопрофильными клиниками.

Стр. 7



Вадим ПОКРОВСКИЙ,
руководитель Федерального
научно-методического центра по
профилактике и борьбе со СПИДом,
академик РАН:

Публикации, в которых заявляется, что эпидемия ВИЧ побеждена, дезориентируют и общественность, и лиц, принимающих решения.

Стр. 12



Перемены

Реконструкция всем на пользу

В режиме высокой загрузки обеспечивать безотказную госпитализацию поступающих пациентов, эффективно регулируя их потоки, готово отныне отделение экстренной медицинской помощи в городской больнице святой преподобномученицы Елизаветы Санкт-Петербурга. Завершена длившаяся 4 месяца глубокая реконструкция площадей ключевого подразделения скоромошного медицинского стационара, обслуживающего северную часть города с количеством жителей более 1,5 млн человек.

В ходе капитального ремонта здесь была проведена полная замена коммуникаций, преобразования коснулись и въездной группы строений для карет «скорой». Помещения в зоне ожидания первичного осмотра и проведения диагностических процедур обставлены новой мебелью. Отведено пространство и под уголок релаксации для медицинского персонала.

Параллельно с ведением ремонтно-строительных работ здешние специалисты под руководством главного врача профессора Сер-

гея Петрова разработали и внедрили особую систему навигации, предусматривающую наличие 6 потоков пациентов. Выбор того или иного потока определен степенью тяжести состояния поступившего по «скорой». Такая система, по убеждению администрации «Елизаветинской», облегчает пребывание и транспортировку больных и нахождение в отделении их родственников.

Владимир КЛЫШНИКОВ,
соб. корр. «МГ».

Санкт-Петербург.

Сотрудничество

Холод — в технологии, но не в отношениях

Группа зарубежных врачей прошла обучение методике криоабляции в Новосибирском НИИ патологии кровообращения им. Е.Н.Мешалкина. Специалисты из ЮАР, Пакистана и Сербии намерены в своих клиниках «лечить холодом» пациентов с нарушением ритма сердца.

– Криоабляция – перспективное направление в кардиохирургии. Показанием для проведения процедуры

является начальная, то есть пароксизмальная форма фибрилляции, в то время как при лечении тяжёлых форм фибрилляции предсердий по-прежнему используется метод радиочастотной абляции, – поясняет заведующий кардиохирургическим отделением нарушений ритма сердца ННИИПК доктор медицинских наук Сергей Артеменко.

Чтобы разрушить очаг нарушения сердечного ритма, хирург вводит в кровеносный сосуд баллон-ка-

тетер, и, воздействуя экстремально низкими температурами (до -50°C), повреждает ткань вокруг устья лёгочных вен. В результате повреждённые клетки теряют способность к проведению электрических импульсов, правильный сердечный ритм восстанавливается.

В клинике им. Е.Н.Мешалкина говорят, что, в отличие от более трудоёмкой радиочастотной абляции, освоить процедуру криоабляции может даже начинающий кардиохирург. Наверное, поэтому среди иностранных курсантов преимущественно люди молодого возраста.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Новосибирск.

DIXION | МЕДИЦИНСКАЯ ТЕХНИКА
ОТ РОССИЙСКОГО ПРОИЗВОДИТЕЛЯ

**ВОЗМОЖНОСТЬ
АРЕНДЫ**

Мониторы пациента

- Динамическое наблюдение за состоянием пациентов
- Выбор конфигурации и параметров мониторинга
- Просмотр и хранение событий и данных наблюдения

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

Новости

Опухоль мешала дышать

Специалисты Челябинского областного онкологического диспансера провели необычную высокотехнологичную операцию стентирования трахеи и главного бронха для дальнейшего лечения опухоли лёгкого у 34-летней пациентки.

Такая операция позволяет восстановить просвет полого органа. Для этого пациенту устанавливают стент. Он позволяет расширить участок, изменённый сдавлением или врастанием опухоли.

«Подобные тяжёлые случаи встречаются довольно редко – 2-4 раза в год. Для таких операций необходимо высокотехнологичное оборудование, к тому же нужна высокая квалификация персонала, – рассказывает заведующий отделением торакальной онкологии Андрей Лукин. – Мы провели операцию молодой женщине, которая практически не могла дышать из-за опухоли. На этом её лечение не заканчивается, но появляется надежда на лучшее. В дальнейшем мы планируем провести курс химиотерапии и несколько курсов лучевой терапии. Проблема подобных случаев в том, что в лёгких нет болевых рецепторов, поэтому об опухоли люди узнают только тогда, когда она разрастается до больших размеров. Своевременно выявить проблему и начать лечение помогают плановые флюорографические осмотры».

Мария ХВОРОСТОВА.

Челябинск.

«Медицинское» новоселье

Более 2 тыс. жителей хакасского села Джирим получили возможность лечиться в новой врачебной амбулатории. Старое здание было признано непригодным к эксплуатации.

В новом здании общей площадью 100 м² разместились процедурный кабинет, отдельные кабинеты для приёма детей и взрослых, кабинет гинекологического приёма, а также физиокабинет.

– Новые условия работы нас очень порадовали. Здесь светло и уютно, подведены все коммуникации. Работать – одно удовольствие! – говорит заведующая амбулаторией Наталья Соловьёва.

Важно, что обновлённое лечебное учреждение полностью укомплектовано медицинским персоналом и санитарным транспортом. Это уже сороковое медицинское подразделение, возведённое в сельских населённых пунктах региона за последние несколько лет. Строительство ФАПов и врачебных амбулаторий стало приоритетным социальным проектом правительства Республики Хакасия.

Елена СИБИРЦЕВА.

Абакан.

Время добрых дел

В новогодние праздники для детей из многодетных и малообеспеченных семей были проведены концерты, которые организовал московский благотворительный фонд «Время».

Создал фонд 27-летний предприниматель-строитель Дмитрий Майоров 1,5 года назад как молодёжное волонтерское движение, сплотив вокруг себя таких же неравнодушных молодых людей для помощи нуждающимся. А это были не только многодетные, но и одинокие мамы, малообеспеченные родители.

У нескольких родителей, которые обратились за помощью в фонд, дети нуждались в сложном лечении. У одной девочки из Королёва возникла необходимость в пересадке почки (в тот период на это требовалось более 700 тыс. руб.), другим понадобились курсы химиотерапии. Стало понятно, что своими силами фонду не справиться, и тогда появились волонтеры, которые занялись сбором средств.

Деятельность общественной организации была замечена государственными социальными центрами, Национальной медицинской палатой.

Инвалидность у детей, которых опекает «Время», в основном связана с тяжёлыми формами ДЦП, пороками психомоторного развития, онкологией. Кто-то нуждается в усиленном питании, кто-то – в специфических препаратах и витаминах. Профессор Виктор Севастьянов из Центра патологии речи и нейрореабилитации нейросенсорных и двигательных нарушений в Йошкар-Оле (о нём писала «МГ») всегда помогает фонду лечить детей с ДЦП, курсы реабилитации для которых, длительностью 21 день, необходимо проводить не менее двух раз в год. Профессор В.Севастьянов никому не отказывает, берётся за тех ребят, которым не смогли помочь в других клиниках.

Вячеслав СВАЛЬНОВ.

Москва.

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

Современные технологии

Приближая радость материнства

Для этого исключается генетическая природа невынашивания беременности

В медико-генетической консультации Центра охраны здоровья семьи и репродукции Архангельской области внедрён новейший метод тестирования для определения причин невынашивания беременности. Теперь специалистами лаборатории производится цитогенетическое исследование тканей погибшего плода, которое даёт ответ на вопрос – почему эмбрион прекратил своё развитие?

– Невынашивание беременности, как известно, – одна из серьёзных проблем современного акушерства, частота которой составляет от 10 до 25% всех беременностей, – говорит заместитель главного врача Астраханского областного центра охраны здоровья семьи и репродукции главный специалист по репродуктивному здоровью Министерства здравоохранения Астраханской области Диляра Зульбалаева. – Теперь наши женщины имеют возможность исключить наиболее частую – генетическую природу существующей проблемы.

Как отмечают врачи, в некоторых случаях невынашивание беременности – это случайные события, и риск их повторения небольшой. В других же случаях это может свидетельствовать о генетических нарушениях. Новая методика позво-



Во время очередного исследования тканей погибшего плода

лит существенно повысить эффективность диагностики и следующего за этим лечения.

За 2 месяца в центре было проведено 20 цитогенетических исследований тканей погибшего плода, в 50% случаев результат указал на генетическую природу невынашивания беременности.

– Кариотипирование – изучение хромосом – поможет супружеской паре узнать, связана ли потеря беременности с хромосомными аномалиями, существует ли повышенный риск для следующей беременности, заподозрить носительство одним из супругов необычной структуры хромосом,

– отмечает заведующая медико-генетической консультацией центра охраны здоровья семьи и репродукции главный специалист по пренатальной диагностике Минздрава области Виолетта Грященко. – В этом случае имеется высокий риск повторной потери беременности или рождения ребёнка с пороками развития. Обследование супругов позволит избежать этих проблем и преодолеть стресс, вызванный поиском ответа на вопрос о причинах случившегося.

Анна ЛЮБЕЗНОВА,
внешт. корр. «МГ».

Астрахань.

Акценты

Как работало в праздники на Алтае

За выходные дни в службу скорой помощи Алтайского края поступило более 26 тыс. вызовов, что в среднем на 40-60% больше, чем в будни. При этом время доезда машины «скорой» даже с учётом возросшей нагрузки было в пределах нормы.

В подобный период традиционно возрастает социальная активность граждан, включая посещение массовых мероприятий, изменения обычного пищевого режима, поэтому увеличивается число жалоб, связанных с отравлениями, травмами, ухудшением течения хронических соматических заболеваний – сердечно-сосудистых и желудочно-кишечного тракта.

Так как время новогодних праздников совпадает с сезонным подъёмом заболеваемости ОРВИ, увеличивается количество больных с этими симптомами. Резкие перепады температуры воздуха и атмосферного давления привели к увеличению обращений граждан с вегетативно-сосудистой дистонией, сопровождающейся метеочувствительностью, с жалобами на повышение артериального давления.

По данным специалистов, симптомы ОРВИ явились основной причиной вызовов скорой помощи и посещений врачей. В поликлиники для активного посещения после визита скорой помощи было передано более 2 тыс. вызовов.

В травмпункты края всего в период каникул зарегистрировано 2562 обращения, в том числе 1611 обращений в травмпункты Барнаула, 626 – Бийска и 325 – Рубцовска.

В краевой столице в местах проведения массовых мероприятий было зарегистрировано 23 обращения граждан, из которых 22 – в связи с травмами и одно – с соматическим заболеванием. В Бийске в период новогодних каникул был зарегистрирован единственный случай вызова бригады скорой помощи на взрыв петарды.

В целом по краю зарегистрировано 6 пострадавших от обморожения, из них 3 были госпитализированы. С отравлениями в токсикологическое отделение Барнаульской городской клинической больницы № 11 обратились 88 человек, из них госпитализирован 31.

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Барнаул.

Особый случай

В Ханты-Мансийском автономном округе нейрохирурги травматологической больницы Сургута провели сложнейшую операцию, заменив онкологическому больному позвонок, который был практически полностью разрушен метастазом.

– Эта операция проводилась длительно, в два этапа, и выполнялась мультидисциплинарной бригадой врачей. При такой патологии велика вероятность большой кровопотери, что может даже привести к гибели пациента, – отметил нейрохирург Сургутской клинической травматологической больницы Роман Касич.

Жизнь с новым позвонком

Первый этап операции выполнил врач по рентгеноваскулярной диагностике и лечению Максим Бессмертных – он провёл эмболизацию сосудов, питающих раковую опухоль на позвоночнике.

– Эмболизация артерий – это передовой метод предоперационной подготовки в лечении метастазов в позвоночнике, – рассказал М.Бессмертных. – Опухоли, как правило, имеют большое количество сосудов, что делает хирургическое вмешательство весьма рискован-

ным. Эмболизация же позволяет эффективно обескровить опухоль, тем самым значительно снизить риск потери крови и улучшить обзор для хирурга во время операции. Второй этап операции – это замена разрушенного опухолью позвонка. Вмешательство, которое длилось более семи часов, выполнил нейрохирург травматологической больницы Роман Касич.

– Наша задача была не только заменить позвонок, установить стабилизирующую конструкцию,

которая бы сохранила опорную функцию позвоночника, – прокомментировал Роман Викторович, – но и не позволить раковым клеткам распространиться по организму во время операции. Поэтому мы удалили позвонок и опухоль единым блоком, тем самым не допустили того, чтобы опухолевый процесс перешёл на окружающие ткани. Затем установили пациенту современный высококачественный имплантат, который полностью обеспечивает подвижность позвоночного столба.

Сегодня мы наблюдаем пациента, контролируем его состояние, операция прошла успешно. И что самое важное – удалён позвонок с метастазом, что позволит сохранить качество жизни человеку.

В настоящее время подобные операции выполняются в крупнейших медицинских центрах России – Екатеринбурге, Санкт-Петербурге и других городах. Сургутские врачи переняли методику у свердловских коллег и внедрили новейшую практику в травматологической больнице Югры.

Елена ЛЬВОВА.

Сургут.

Официально

Против табака — самые серьёзные меры

Подготовленная Минздравом России концепция по противодействию распространению курения табака на 2017-2022 гг. будет доработана и согласована с органами исполнительной власти. Об этом сообщил официальный представитель ведомства Олег Салагай.

«Данный документ является проектным: он будет доработан с учётом позиций, высказанных федеральными органами исполнительной власти», — заявил он. Концепция разработана в соответствии со статьёй 5 Рамочной конвенции Всемирной организации здравоохранения по борьбе против табака и заменяет собой концепцию, действовавшую в 2010-2015 гг. Документом предусматриваются, в частности, следующие меры. Первое — расширение перечня помещений, территорий и объектов, свободных от табачного дыма. Полный запрет на потребление табака планируется ввести в коммунальных квартирах, на остановках и во всех видах общественного транспорта, в личном транспортном средстве в присутствии детей, в подземных и надземных пешеходных переходах. Также недопустимым станет курение в присутствии лиц, возражающих против употребления табака,

вне зависимости от типа помещения. Второе — обеспечение условий, при которых доступ к табачной продукции для представителей нового поколения будет невозможен на протяжении всей их жизни, то есть запрет на продажу табачных изделий гражданам, родившимся после 2015 г. Третье — профилактику распространения новых форм и видов табачных изделий, в том числе электронных средств доставки никотина, которые занимают большую долю рынка табачных изделий (предполагается приравнять их в плане регулирования к обычным сигаретам). Четвёртое — увеличение площади предупреждений о вреде потребления табака для здоровья на сигаретных пачках, в том числе новые требования к размеру и цвету потребительской упаковки. Пятое — усиление ответственности за несоблюдение ограничений и нарушение запретов в сфере торговли табачной продукцией и табачными изделиями. Предусмотреть такие жёсткие меры заставляет тот факт, что в настоящее время потребление табака является ведущей причиной смерти (10% смертности взрослого населения — 5,4 млн смертей в год) и инвалидности в мире, представляет существен-

ную угрозу для здоровья. В Российской Федерации ежегодно от болезней, связанных с потреблением табака, погибают от 300 до 400 тыс. граждан. В 2008 г. Россия присоединилась к разработанной Всемирной организацией здравоохранения Рамочной конвенции по борьбе против табака. Затем была разработана и принята национальная стратегия «Концепция осуществления государственной политики противодействию потребления табака на 2010-2015 гг.». В 2013 г. на территории Российской Федерации вступил в силу Федеральный закон № 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака». В результате распространённости потребления табака среди взрослого населения РФ, согласно проведённым опросам, снизилась за время активной антитабачной кампании примерно на 25%. Как считает О.Салагай, в связи с этим дальнейшие шаги в области укрепления антитабачного законодательства являются исключительно важными.

Павел АЛЕКСЕЕВ.
МИА Сити!

Москва.

Кагры

Возьмёте на работу?

Министерство здравоохранения Республики Тува использовало возможность пообщаться в новогодние праздники с приехавшими на каникулы земляками — студентами медицинских вузов. На приглашение откликнулись и пришли в Минздрав 40 будущих медиков, чтобы поговорить о своём предстоящем трудоустройстве.

По данным Минздрава республики, всего в нынешнем году высшие медицинские учреждения должны окончить 103 студента из Тувы. При этом врачебных вакансий в лечебных учреждениях региона в два раза больше. Очевидно, что не все 103 молодых специалиста захотят работать в здравоохранении своего родного региона, но те 40 человек, которые пришли для диалога с чиновниками министерства, высказали твёрдое намерение по окончании университетов вернуться в республику, поэтому вопросы

вакансий и зарплаты интересуют их вполне серьёзно. По словам заместителя министра здравоохранения Тувы Кудера Монгуша, палитра вакантных должностей постоянно меняется. Так, если в прошлом году республика остро нуждалась в педиатрах и фтизиатрах, то сейчас обострилась потребность в хирургах, гинекологах, врачах общей практики, наркологах, психологах, неврологах, УЗ-диагностах. Тем своим будущим коллегам, кто до сих пор не разобрался в изменениях государственной политики по подготовке медицинских кадров, руководители Минздрава республики разъяснили: отменяется обучение в интернатуре, а срок обучения в ординатуре увеличивается, при этом, чтобы поступить в ординатуру, необходимо поработать участковым врачом. Для системы здравоохранения это способ решить проблему дефицита кадров в первичном звене, а для молодого доктора — бесценный опыт.

Оказалось, что большинство заведующих выпускников отнюдь не планировали начинать карьеру с работы участковым терапевтом или педиатром. Поэтому их взволновал размер зарплаты начинающего врача и существование системы наставничества в первичном звене: не все настолько уверены в себе и своих знаниях, чтобы сразу окзаться один на один с пациентом. Ставший уже традиционным «роль в кустах» — информация о программе «Земский доктор» — должен был стать для заведующих дипломированных специалистов веским аргументом в пользу выбора места работы в сельском здравоохранении. Представители Минздрава Тувы сообщили, что в 2017 г. по миллиону получают минимум 15 врачей, которые уже пожелали поехать в отдалённые районы республики.

Елена ОКТЯБРЬСКАЯ.
МИА Сити!

Кызыл.

Решения

В поле зрения

Более 4 тыс. камер видеонаблюдения установят в московских городских поликлиниках и травмпунктах в течение нынешнего года.

Видеоконтроль появится в 642 зданиях медучреждений, подчинённых Департаменту здравоохранения Москвы. Как пояснили в ведомстве, камеры нужны для того, чтобы проводить мониторинг очередей в холлах поликлиник, терапевтических и педиатрических отделениях, у кабинетов врачей.

«Ситуационный центр департамента и непосредственно глава ведомства Алексей Хрипун смогут получать оперативную видеoinформацию. Мы будем отслеживать, как врачи и медперсонал организуют работу с пациентами. Видео даст быстрое понимание, из-за чего образуются очереди, почему задерживается приём. И сразу сможем устранить эти причины», — рассказал заместитель руководителя департамента Алексей Погонин. По его словам, сейчас для мо-

нитинга ситуации и разрешения подобных проблем ведомство проводит выездные проверки. При установке видеокamer в их обзор в каждой поликлинике попадёт холл с инфоматами для записи к врачу, а также коридоры с кабинетами врачей. Видеокameraми будут оборудованы и зоны ожидания приёма врача в травмпунктах. Внедрение этой системы проводится по программе «Московский стандарт поликлиники», направленной на улучшение качества медицинской помощи и повышение удовлетворённости пациентов.

Валентин СТАРОСТИН.
Москва.

Санитарная зона

Грипп под строгим контролем

Число заболевших ОРВИ и гриппом в Москве в течение новогодних праздников сократилось на 51,5%. Об этом сообщили в Управлении Роспотребнадзора по Москве.

«Эпидемиологическая ситуация по острым респираторным вирусным инфекциям (ОРВИ) и гриппу в Москве за первую неделю 2017 г. (с 2 по 8 января) в сравнении с предыдущей неделей улучшилась, число заболевших в городе уменьшилось на 51,5%. Показатель заболеваемости во всех возрастных группах ниже эпидемического порога, в том числе по совокупному населению — на 9,9%», — говорится в сообщении. Как уточняется, несмотря на улучшение эпидемиологической ситуации по ОРВИ и гриппу в организациях и на объектах города проводятся дополнительные профилактические мероприятия. Так, Управлением Роспотребнадзора по Москве и Центром гигиены

и эпидемиологии Департамента здравоохранения Москвы проводятся ежедневный учёт и анализ заболеваемости гриппом и ОРВИ, мониторинговые лабораторные исследования материалов от больных для расшифровки этиологии сезонных подъёмов заболеваемости ОРВИ и слежения за циркуляцией вирусов гриппа и ОРВИ и контроль за организацией и проведением санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в образовательных, медицинских и других организациях. В ведомстве также напомнили об опасности самолечения. «При проявлении первых симптомов заболевания необходимо обращаться в медицинскую организацию за помощью для постановки диагноза», — подчёркивается в материале.

Яков ЯНОВСКИЙ.
МИА Сити!

Москва.

Дословно

Тише ешь — дальше будешь



Врачи не советуют россиянам резко садиться на диету после новогодних праздников, возвращаться в прежнюю форму после каникул следует постепенно. Об этом сообщила заместитель директора Федерального исследовательского центра питания и биотехнологии (бывший НИИ питания), главный диетолог Департамента здравоохранения Москвы, доктор медицинских наук Антонина Стародубова.

«Масса тела человека за праздники может действительно увеличиться на 1-2 кг, если он много ел, в том числе жирной пищи, и мало двигался, особенно в эти новогодние и рождественские праздничные дни, когда было холодно, люди старались лишний раз не выходить на улицу. Избавляться от лишней массы тела следует постепенно, не нужно садиться на диету или вводить резкие ограничения. Человек должен соблюдать принципы здорового питания, вернуться к своему обычному рациону, если он соответствовал этим принципам, или ввести в него изменения, регулировать размер порции, не переедать. Питание должно быть регулярным, разнообразным, небольшими порциями, без перекусов», — пояснила А.Стародубова. По её словам, нормализовав свой рацион, сбросить лишние килограммы можно в период от

двух недель до месяца. «Но не стоит ставить перед собой какие-то жёсткие сроки, садиться на диеты, потому что это всегда стресс для организма, лучше подходить ко всему разумно. Если проблема снижения массы тела остро стоит на повестке дня и имеются сопутствующие заболевания, тогда лучше обратиться к специалистам, в государственные медицинские учреждения, государственные клиники лечебного питания, где врачи помогут скорректировать массу тела», — сказала главный диетолог департамента. Она также посоветовала включить в рацион больше овощей и фруктов и перейти на пятиразовое питание. «Питаться стоит небольшими порциями 5-6 раз в день, помимо обеда, завтрака и ужина, добавить себе полдник и кефир на ночь, чтобы не было чувства голода. Нужно пить побольше жидкости и исключить жареную пищу, сократить употребление соли, жирной и солёной пищи, включить в рацион достаточное количество овощей. Следует также ограничить себя в десертах, при этом можно себе позволить фрукты и ягоды, иногда — небольшие порции желе, пастилы, зефира или мармелада», — констатировала А.Стародубова.

Матвей ШЕВЛЯГИН.
МИА Сити!

Москва.

Ежегодно лучшие российские психиатры собираются на торжественную церемонию вручения наград в рамках конкурса «За подвижность в области душевного здоровья», который был учрежден в 2008 г. Общественным советом по вопросам психического здоровья при главном психиатре Минздрава России. Традиционно конкурс проводится по ряду номинаций. В минувшем году была введена специальная награда – «За заслуги в организации мероприятий, посвященных охране психического здоровья». Психиатрическая служба Республики Башкортостан, возглавляемая доктором медицинских наук профессором Ринатом Валинуровым, получила главный приз – хрустальную «Золотую бабочку». Специальная премия конкурса, статуэтка «Малая Золотая бабочка», вручена лучшему учреждению РФ 2016 г. На церемонии награждения победителей Всероссийского конкурса присутствовала корреспондент «МГ» доктор медицинских наук Наиля САФИНА.

Вот уже много лет в России нет аналогов психиатрической службе, досконально выстроенной заслуженным врачом России Ринатом Валинуровым, – так говорят специалисты-психиатры и руководители соответствующих органов различных уровней. И вот высший приз, на самом деле заслуженный много лет назад, наконец-то отправился в Башкортостан. Именно эта республика была названа на торжественной церемонии вручения наград лучшей, получив награду «За системность, развитие современных технологий, распространение передового опыта в организации психиатрической службы региона».

Действительно, психиатрическая служба Республики Башкортостан является одной из прогрессивных в Российской Федерации. За последние годы здесь реализовано много инновационных технологий. Сама Республиканская клиническая психиатрическая больница № 1 представляет собой уникальный медицинский мегаполис, объединяющий стационарные отделения психиатрического и психотерапевтического профилей для взрослых и детей, судебно-психиатрические отделения, отделения для принудительного лечения, вспомогательные диагностические и лечебные подразделения, лечебно-трудовые мастерские. В составе больницы 54 структурных подразделения, в том числе отделения трудовой экспертизы, принудительного лечения общего и специализированного типа, соматогериатрическое, детское, психосоциальной реабилитации пострадавших во время войн, стихийных бедствий и терактов, психофизиатрическое. Развитие стационарозамещающих технологий представлено в полном объеме: дневные, ночные стационары, стационары на дому.

Лучшим учреждением 2016 г. «За успешное освоение и внедрение в практику новых организационных форм, средств и методов диагностики и лечения психических заболеваний» стал коллектив врачей Тюменской областной клинической психиатрической больницы во главе с Евгением Родяшиным. Эта областная клиническая психиатрическая больница – эффективное специализированное медицинское учреждение, открытое к инновациям в сфере охраны психического здоровья. Амбулаторно-поликлиническая служба, расположенная в Тюмени, оказывает специализированную помощь для взрослых и детей и состоит из медико-психологического отделения, дневного стационара, отделения амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы, центра развития речи и центра суицидальной превенции. Центр развития речи – новая структура в системе оказания реабилитационной помощи детям с речевыми расстройствами в Тюменской области, где восстановительное

зисной помощи, телефон доверия, где ведётся психотерапевтическое и психологическое консультирование в круглосуточном режиме. Кстати, в больнице хорошо зарекомендовал себя метод гипербарической оксигенации для лечения пациентов с психоорганическим синдромом, для купирования алкогольной абстиненции, а также при затяжных депрессивных состояниях.

В номинации «Психореабилитация детей и подростков» отличился коллектив врачей Омской областной клинической

сотрудничество со специалистами, работающими с детьми и семьями (педагоги, психологи, социальные работники). Детские психиатры больницы непосредственно участвуют в подготовке будущих специалистов по социальной работе, так как больница является базой преддипломных практик студентов.

В номинации «Лучшая общественная организация» победил Московский центр социально-психологической и информационной поддержки психически больных и членов их семей «Семья и

хического здоровья населения, повышения доступности и качества медицинской и социальной помощи. Открыты консультативно-диагностические отделения для амбулаторного приёма детей и взрослых, 6 дневных стационаров, в том числе для лечения детей, два медико-реабилитационных отделения, круглосуточный стационар в загородной зоне для взрослых и 30 детских круглосуточных коек. Особенность стационарной психотерапии состоит в том, что условия специализированного отделения предоставля-

Признание

«Золотая бабочка» улетела в Башкортостан Именно в этом регионе – самая лучшая психиатрическая служба России



Ринату Валинурову вручил «Золотую бабочку» главный психиатр Минздрава России Зураб Кекелидзе

лечение проходят дети с нарушениями речи и других высших психических функций органического и функционального генеза: алалией, дизартрией, дисфазией, нарушениями письма, чтения, праксиса и гнозиса. Коррекционная помощь включает, наряду с психотерапией, занятиями с психологом и логопедом, физиотерапию, лечебную физкультуру. Действует кабинет маршрутизации и реабилитации детей с расстройствами аутистического спектра, работает родительская школа для семей, воспитывающих ребёнка с аутистическими чертами. Ежегодно занятия посещают более 100 семей. В центре суицидальной превенции разработан комплекс профилактических мероприятий и ранней диагностики при аутоагрессивном поведении. Обеспечен суицидологический регистр, работают кабинет кри-

психиатрической больницы им. Н.Н.Солодниковой, награждённый за успешное использование ресурсов межведомственного взаимодействия в реализации программ реабилитации детей и подростков. Главный врач Андрей Чеперин делает максимально возможное для того, чтобы детско-подростковый комплекс, функционирующий в структуре учреждения, являлся также областным методическим центром по вопросам организации оказания психиатрической помощи детям и подросткам. Созданы программы индивидуальных маршрутов психореабилитации детей, нуждающихся в специализированной помощи. В больнице организован интегративный подход к сопровождению детей с психическими расстройствами. Расширена сфера взаимодействия врачей детской психиатрической службы, сформировано

психическое здоровье». За годы работы общественной организации под руководством исполнительного директора Татьяны Солохиной сформировались основные принципы деятельности – партнёрские отношения, направленность на личность, а не на болезнь, терапевтический оптимизм. Представленный на конкурс проект «Женя» показывает вклад конкретного человека, пользователя помощи, который на протяжении 10 лет самостоятельно реализует просветительскую программу «Московедение», обеспечивая важнейшее направление психосоциальной реабилитации – культурное и духовное восстановление пациентов с психическими расстройствами. «Помогая другим – я помогаю себе», – эти слова являются девизом пользователя Евгении Кучиной, члена общественной организации «Семья и психическое здоровье». Являясь социальным работником социально-психологического клуба, она организовала 110 экскурсий в лучшие музеи и выставочные залы Москвы для членов организации и их друзей в рамках культурно-просветительского направления реабилитационной работы. «Я составляю план на год так, чтобы экскурсии были не похожи друг на друга, выбирая разноплановые музеи – исторические, религиозные, о природе, частные коллекции, парки города, усадьбы, выставочные залы. Важный момент состоит в том, чтобы экскурсии было интересно слушать не только мне одной. Многие экскурсоводы благодарят наши группы за внимание и хорошее поведение, что нам очень приятно. После экскурсий остаются красочные фотографии на память, помогающие окунуться в атмосферу праздника ещё раз», – рассказывает Е.Кузина.

В номинации «Заслуги в организации мероприятий, посвящённых охране психического здоровья», отличился главный психотерапевт Республики Башкортостан Э.Тимербулатов. В Башкортостане создана самостоятельная государственная медицинская организация психотерапевтического профиля с целью сохранения и укрепления пси-

ют возможность значительной интенсификации процесса лечения, в сравнении с амбулаторными. Пребывание пациента в отделении в течение суток позволяет организовать распорядок дня так, чтобы буквально все проводимые мероприятия обладали психотерапевтическим потенциалом, при этом максимально стимулируется собственная активность человека, находящегося в депрессивном состоянии, повышается эффективность как специфических, так и неспецифических форм психотерапии за счёт создания «психотерапевтического климата». Всё это помогает людям, страдающим теми или иными пограничными нервно-психическими расстройствами в реальной деятельности и общении изменить, скорректировать свои «невротические» формы поведения.

В Республиканском клиническом психотерапевтическом центре Минздрава Башкортостана сконцентрирована специализированная медицинская помощь пациентам с кризисными состояниями вследствие семейных, возрастных внутри- и межличностных конфликтов, пограничных психических расстройств, что обеспечивает доступность для населения современных эффективных медицинских технологий, а также позволяет оказывать большую часть объёмов специализированной психотерапевтической помощи в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара.

Также нельзя не отметить отличившийся в номинации «Психосообразование» коллектив врачей Ставропольской краевой клинической психиатрической больницы № 1. Врачи под руководством Олега Боева активно проводят межведомственные семинары и конференции. В 2016 г. совместно с сотрудниками управления МЧС специалисты учреждения обсуждали оказание экстренной психологической помощи населению.

Надо сказать, всех дипломов и наград в этот день было не перечислить. Но, конечно, каждый из участников мечтает о «Золотой бабочке», которая непременно прилетит к тому, кто работает достойно.

Москва.

В столичной поликлинике № 1 Управления делами Президента РФ состоялись традиционные ежегодные чтения, на этот раз посвящённые достижениям и перспективам клинической эндокринологии, особенностям диагностики и лечения у лиц пожилого возраста, а также самым актуальным проблемам современной эндокринологии, в особенности – «диабетической» её составляющей.

Открыл конференцию доклад главного эндокринолога Минздрава России в Центральном федеральном округе, главного консультанта по эндокринологии Управления делами Президента РФ, заведующей кафедрой эндокринологии Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, профессора Нины Петуниной под названием «Современные рекомендации по ведению сахарного диабета 2-го типа у лиц пожилого возраста».

В качестве вступления были предложены различные периодизации человеческого возраста: классификация по ВОЗ, древне-китайская периодизация, классификация Дж.Биррена (1964), а также картины известных художников – Валентина де Булоня «Четыре возраста мужчины» и Густава Климта «Три возраста женщины», поскольку отношение к возрасту интересовало и интересует не только научное сообщество, но и деятелей культуры и искусства.

В своём выступлении Н.Петунина отметила, что увеличивается продолжительность жизни, и поэтому количество людей старшей возрастной группы (пожилого, старческого возраста) возрастает.

– Главным принципом ведения пациентов, в особенности – больных диабетом, является персонализация, – отметила Н.Петунина. – Кроме того, необходимо использовать следующие методы

Ориентир

Старость — не порок

Об особенностях ведения «эндокринологических» пациентов пожилого возраста

лечения: адекватность терапии, ранняя терапия, направленная на лечение диабета. Когда мы видим данные о том, что именно у пожилых больных чаще всего терапия откладывается ещё на более поздний срок (до 2 лет от момента постановки диагноза), мы понимаем, что это потеря чувства срочности, которое в дальнейшем может иметь крайне негативное значение. Так, среди пожилых распространённость хронической болезни почек, которая нарастает по мере старения, имеет более важное значение, чем для людей более молодого возраста, – сказала она.

Кроме того, в докладе было сказано, что при выборе терапии и в определении целей лечения необходимо принимать во внимание сохранность общей функциональности, степень социальной беспомощности того или иного пациента, степень выраженности деменции и ожидаемость продолжительности жизни. Безусловно, необходимо назначать показанные лекарственные препараты.

Примечательно, что Международная федерация диабета в 2013 г. представила алгоритмы специализированной медицинской помощи больным СД, а в минувшем году был создан отдельный документ для всех стран. «Этот документ имеет привычный для нас вид с выделением основного, альтернативного подходов и других вариантов ведения пожилых пациентов», – подчеркнула Н.Петунина, добавив, что качество жизни во многом зависит от минимизации побочных эффектов терапии и минимизации риска гипогликемии.

Н.Петунина задала тон для «марафона» из трёх докладов, которые представил заведующий кафедрой эндокринологии и диабетологии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова профессор Ашот Мкртумян.

Его первое выступление было посвящено гендерным и возрастным особенностям лечения СД. «Каждый год в результате неэффективного контроля гликемии умирают 24 тыс. пациентов. Если мы говорим о том, что 5 млн человек в год, так или иначе, умирают от СД, учитывая его течение и осложнения, 24 тыс. жизней можно было спасти, если бы действительно можно было начать эффективный контроль. 80% затрат на СД, по сути, связаны с осложнениями, которых можно было бы избежать, – начал свой доклад А.Мкртумян. – По некоторым данным, были годы, когда 57% госбюджета тратились на лечение осложнений сахарного диабета: это программный гемодиализ, аортокоронарное шунтирование, стентирование как коронарных артерий, так и сосудов нижних конечностей. Это безумно дорого для скудного отечественного отраслевого бюджета. Только 49% пациентов получают, по сути, базовое обследование – это показывает, что мы, таким образом, упускаем ряд крайне опасных осложнений у пациентов. Недооценённые и незамеченные осложнения СД.



Нина Петунина

Только 1 из 5% достигает рекомендованных целей контроля гликемии, артериального давления и холестерина».

Экспертом было отмечено, что в настоящее время диабетом интересуются не только медицинские работники, но и политики. Так, 20 декабря 2006 г., отложив проблему геноцида в Африке, отложив пожар во время войны в Афганистане, ООН обратилась к медицинской проблеме сахарного диабета. Это было всего лишь седьмое обращение ООН к медицине за всю историю своего существования.

– Диабет, по сути, является заболеванием с не меньшей угрозой для жизни человечества, чем СПИД или ВИЧ-инфекция, – акцентировал внимание аудитории профессор. – Сейчас, спустя 10 лет, слово «не меньшая» можно заменить на «большая».

Данное выступление послужило базой для второго и третьего

докладов А.Мкртумяна, посвящённых остеопорозу как последствию некомпенсированного СД и одномоментному комплексному подходу в лечении диабетической нейропатии.

– Остеопороз недостаточно диагностируется и недостаточно лечится, – отметил А.Мкртумян. Он представил рекомендации по лечению остеопороза.

Если по Т-критерию от +2 до –1 от стандартных отклонений, то это норма. Необходим постоянный приём кальцийсодержащих препаратов и витамина D₃. При пороговом значении меньше –2,5 нужно принимать препараты патогенетического лечения вдобавок к кальцию и витамину D₃, а также выполнять регулярные упражнения и проходить адекватную терапию диабета. Кроме того, необходимо принимать препараты, подавляющие распад кости и стимулирующие костеобразование.

Переходя к своему последнему докладу, А.Мкртумян отметил, что диабетическая нейропатия является причиной нетравматической ампутации конечностей. Это наиболее частое осложнение «сладкой» болезни, которое возникает вследствие состояния хронической гипергликемии. Она включает поражение миелиновых и безмиелиновых нервных волокон. Это поражение не только периферической, но и вегетативной нервной системы.

В заключение своего выступления А.Мкртумян представил способы лечения диабетической нейропатии: патогенетическое, симптоматическое, патофизиологическое (постановление нейропатического дефицита и нервного волокна), достижение оптимального гликемического контроля, сахароснижающая терапия, коррекция липидных нарушений, а также приём витаминов группы В.

Диана БУЙНОВСКАЯ,
корр. «МГ».

Точка зрения

Читатели «МГ» продолжают обсуждать тему юридической незащищённости российского врача. Сегодня своим мнением по этому вопросу делится главный торакальный хирург Минздрава Новосибирской области, заведующий кафедрой госпитальной и детской хирургии Новосибирского государственного медицинского университета, доктор медицинских наук, профессор Юрий ЧИКИНЁВ:

– Идея создать систему досудебной экспертной и юридической защиты врача вне зависимости от того, будет это третейский суд или какой-либо иной институт, на мой взгляд, весьма актуальна. Во-первых, сами медики не имеют знаний в сфере юриспруденции. Во-вторых, неудачи в работе всегда очень расстраивают врача, и ему весьма непросто оставаться хладнокровным, чтобы защищать себя самостоятельно. Вот почему помощь со стороны профессионального сообщества и до суда, и в суде очень нужна.

Чтобы доказать необоснованность претензий пациента и отсутствие врачебной ошибки, врач должен опираться на мнение экспертов и на национальные клинические рекомендации. Однако ни то, ни другое пока не является надёжной защитой. Поясню почему.

Мне доводилось неоднократно присутствовать в судебных заседаниях, поддерживая коллег. И должен сказать, вопросы к качеству экспертных заключений, которые предоставляют адвокаты пациентов, у меня возникают довольно часто: выясняется, что



данный эксперт либо вообще не имеет, либо имеет весьма небольшой опыт лечения той или иной хирургической патологии. Сегодня, как мы знаем, эксперта назначает суд по представлению адвоката истца и по сугубо формальным признакам, среди которых наличие сертификата специалиста. Но если у человека есть сертификат специалиста, это ещё не значит, что он обладает достаточным опытом в той области медицины, где выступает экспертом. Решение у этой задачи простое: нам необходим институт экспертов, которых выберет само профессиональное врачебное

сообщество из числа наиболее авторитетных специалистов.

Далее. К сожалению, пока не все спорные вопросы регулируются существующими национальными клиническими рекомендациями (НКТ), так как они разработаны и утверждены не по всем темам. К примеру, в хирургии мы просто не успеваем разрабатывать новые и обновлять существующие клинические рекомендации вслед за появлением современных медицинских технологий. То есть на практике мы эти технологии применяем, но они ещё не прописаны в виде НКР. И если в судебном разбирательстве на стороне истца задействован эксперт, который не владеет данной передовой технологией, я не думаю, что его заключение будет адекватным, потому что субъективное мнение эксперта будет основано на его собственном профессиональном опыте.

Повторюсь: формирование института экспертов – очень важная задача. Не надо бояться, что эксперты, назначенные на эту роль врачебным сообществом, будут преследовать только одну цель – выгородить «провинившегося» коллегу. Как раз напротив, «разбор полётов» станет ещё строже. Но даже если врач получит экспертное заключение не в свою пользу, у него не будет обиды, потому что в данном случае это

мнение специалистов, уровень компетентности которых непрекращаем. Кстати, и для пациента или его родственников мнение авторитетного эксперта окажется более убедительным, каким бы оно ни было – в пользу истца или против него. И, может быть, дело даже не дойдёт до суда, если экспертное заключение будет подписано именами известных специалистов.

Когда мы проводим клико-анатомические конференции, с высокой степенью вероятности можем сказать, за какой именно историей болезни пациента претензия пациента или даже судебный иск. Этому нас научил негативный опыт последних лет. Но в том-то и беда, что сегодня врач не может даже начать готовиться к возможному предстоящему разбирательству, он вынужден просто сидеть и ждать: повезёт – не повезёт. А если появится система досудебной защиты в форме того же третейского суда или какой-то иной, можно будет заранее провести юридические консультации, выполнить экспертизу, выстроить линию защиты.

К сожалению, нынешние обстоятельства вынуждают нас думать об этом загодя, а не когда «гром грянет». Неприятно признавать, но Новосибирская область оказалась одним из регионов РФ, где количество судебных исков к врачам

растёт быстро, а суммы исковых требований – ещё быстрее. Как человек, знающий ситуацию изнутри, утверждаю: это не связано со снижением уровня медицинской помощи в регионе, потому что никакого снижения не происходит. А вот с активностью отдельных юристов и юридических компаний это связано напрямую. Дошло до того, что на выходе одной из крупных новосибирских больниц некие люди задают пациентам вопросы: «Есть ли у вас претензии к врачам? Может быть, вы потратили деньги на лечение? Давайте мы вам поможем вернуть затраты». Вслед за автоюристами, которые обещают за вознаграждение вернуть нарушителю отобранные у него водительские права, появились и юристы, бизнес которых строится на обвинении врачей. Мы должны постоянно помнить об этом.

И последнее: всякий раз, когда в суде выносятся обвинительные решения в адрес врачей, об этой новости говорят все телеканалы и печатные издания. Почему же нам не взять за правило рассказывать журналистам обо всех случаях, когда претензии пациента к врачу оказались необоснованными, и суд встал на сторону медработника? Более того, мы даже в ситуациях откровенного людского хамства не практикуем иски о защите чести и достоинства врача, лечебного учреждения. Может быть, зря?

Тенденции

Жизненно важная пирамида

Питание – краеугольный камень профилактики в Алтайском крае



В регионе впервые проходит цикл обучающих семинаров для медицинских работников по вопросам рационального питания.

Первый семинар для заместителей главных врачей, заведующих отделениями и врачей кабинетов профилактики прошёл в режиме видеоконференцсвязи в Главном управлении по здравоохранению и фармацевтической деятельности. Данная форма мероприятия позволила принять участие в нём не только специалистам Барнаула, но присоединиться и медицинским работникам районных больниц. На нём присутствовали также заместитель начальника Главного управления по материнству и детству Вера Ушанова, главный специалист по профилактической медицине Главного управления по здравоохранению и фармацевтической деятельности Алтайского края профессор Ирина Осипова, главный врач Краевого центра медицинской профилактики Татьяна Репкина.

Главной темой обсуждения стал вопрос организации профилактической помощи населению Алтайского края, включающий в себя формирование мотивации к рациональному питанию.

«Министерство здравоохранения указывает на необходимость всеобъемлющей работы с пациентом. В крае уже проводятся профилактические мероприятия, специалисты изобретают всё новые и новые формы работы, чтобы привлечь наибольшее количество жителей края. Данную работу необходимо продолжать. Каждому медицинскому работнику следует прийти к пониманию того, что ему надо давать пациенту рекомендации не только по конкретному заболеванию, но и обращать его внимание на те аспекты, которые могут привести к заболеванию», – отметила на мероприятии В.Ушанова. Она также подчеркнула, что Краевой центр медицинской профилактики и главный специалист по профилактической медицине готовы оказать

поддержку и провести обучение алгоритмам консультирования по вопросам рационального питания.

И.Осипова презентовала участникам совещания алгоритм профилактического консультирования, который был разработан Краевым центром медицинской профилактики под её редакцией.

«Здоровое питание – краеугольный камень профилактики, потому что оно помогает предотвратить ряд неинфекционных заболеваний: сердечно-сосудистые, онкологические, ожирение, остеопороз, подагру. Такое питание способно на 80% снизить риск развития инфаркта миокарда, инсульта и сахарного диабета. Существует несколько принципов рационального питания, благодаря которым сердце и другие органы будут находиться в прекрасном состоянии. Оно должно быть сбалансированным, то есть обеспечено основными пищевыми веществами: белками, жирами и углеводами», – заметила И.Осипова.

Специалист в ходе лекции рассказала о пирамиде здорового питания, принцип которой – энергетическое равновесие. Энергия, потраченная на движения, должна соответствовать энергии, полученной от пищи. Рекомендуется ежедневно планировать физические нагрузки не менее 30 минут или 3 км ходьбы в день. Лучше не принимать пищу поздно вечером, последний приём пищи должен быть за 3 часа до сна.

Наталья ВДОВИНА.

Барнаул.

Фото автора.

Инициатива

В Приморском крае с начала года проведено более 150 занятий в школе реабилитации для родственников, осуществляющих уход за пожилыми людьми. На бесплатные обучающие курсы записались более 1,5 тыс. человек. Среди слушателей школы родственники тяжелобольных, социальные работники, волонтеры, студенты – будущие специалисты по социальной работе.

подготовку, способны быстрее решить проблемы, возникающие в семье с появлением тяжелобольного родственника, – считает глава ведомства. – Важно это и для социальных работников в целях профилактики «профессионального выгорания».

Занятия школы реабилитации организуют специалисты Приморского центра социального обслуживания населения. Проект, появившийся во Владивостоке

Санаторий на дому

Как правильно ухаживать за больным

На занятиях посетителей знакомят с методиками помощи лежащим больным, в том числе используемыми в учреждениях здравоохранения, рассказывают о профилактике осложнений, обучают применению технических средств реабилитации и многим другим полезным навыкам.

Часто приглашают квалифицированных психологов, которые раскрывают слушателям секреты психологической помощи. И такая поддержка нужна не только людям, которые утратили возможность двигаться самостоятельно, но и тем, кто за ними ухаживает.

По словам Лилии Лаврентьевой, директора Департамента труда и социального развития Приморского края, уход за заболевшим человеком – это и тяжёлый физический труд, и психологическая нагрузка. Силы родственников не бесконечны, а ведь от их душевного равновесия зависит состояние больного и психологическая атмосфера в семье.

– Те, кто прошёл специальную

более 4 лет назад, существенно расширил свою географию. Сегодня бесплатные курсы работают во всех филиалах центра.

При школе не первый год действует пункт проката медицинских аппаратов и технических приспособлений для восстановления здоровья. Современное физиотерапевтическое оборудование, имеющееся в арсенале специалистов, помогает достигнуть максимального эффекта от медицинских процедур и вернуть тяжелобольным людям способность к самообслуживанию.

«Санаторий на дому» – это помощь в ускоренном восстановлении после болезней, травм, профилактика хронических заболеваний, уменьшение риска послеоперационных осложнений. И всё это за символическую плату, а главное – оздоровительные сеансы на качественных аппаратах можно получить, не выходя из дома.

Николай ИГНАТОВ.

Приморский край.

Ситуация

В Приангарье минус 26

А ещё планируется «скамейка запасных»

Министр здравоохранения Иркутской области Олег Ярошенко за первый год работы в этой должности сменил руководство 26 медицинских учреждений и приступил к формированию кадрового резерва главных врачей. Об этом сообщили в региональном Минздраве.

По мнению министра, кадровая проблема в здравоохранении Иркутской области – одна из самых актуальных. И дело не в дефиците специалистов, а в дефиците эффективных управленцев. Один из путей преодоления этой проблемы – увольнение «слабых» главных врачей и замена их новыми, прошедшими процедуру конкурсного отбора. А чтобы решить данную задачу, опираясь не на личные симпатии или антипатии, а объективно, с нынешнего года в Министерстве здравоохранения Иркутской области стали регулярно заслушивать отчёты главных врачей ЛПУ. По итогам представленной информации комиссионно принимается решение, достаточно ли усилий прилагает руководитель для улучшения качества работы учреждения. Речь идёт как об объективных критериях оценки работы ЛПУ контролирующими организациями, так и об оценке их деятельности пациентами.

Главврачи, которые получили серьёзные замечания, должны были в установленный срок устранить недоработки и повторно отчитаться. Тем, кто не справился, пред-

ложили освободить служебные кабинеты. В итоге с ноября 2015 г. по ноябрь 2016 г. 13 главных врачей ушли по собственному желанию, 6 уволены в связи с истечением срока трудового договора, а ещё 7 освобождены от занимаемых должностей по решению работодателя в соответствии с п.2. ст. 278 Трудового кодекса РФ.

Приём на вакантные места новых руководителей медицинских организаций проводится теперь исключительно по конкурсу, который объявляет Минздрав Иркутской области. Отбор не шуточный: как подчёркивает министр, учитывается не только знание претендентом нормативно-правовой базы в сфере здравоохранения, но и владение ситуацией в медицинской отрасли региона в целом и в данном ЛПУ в частности. Кроме того, потенциальный главный врач должен прийти на собеседование в министерство с готовым пакетом предложений по развитию своего лечебного учреждения.

Вторым действием в решении кадровой задачи стало формирование в Минздраве резерва управленцев из числа относительно молодых специалистов 35-48 лет. Появление «скамейки запасных» позволит проводить ротацию главных врачей быстро и безболезненно.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Иркутск.

Профилактика

Диспансеризация в Приморье завершается. Сегодня процент исполнения программы, направленной на своевременное выявление и диагностику заболеваний у населения, составляет 99,8% – об этом сообщили в ходе заседания Комитета по социальной политике Законодательного собрания Приморского края.

Приморцы узнали о скрытых недугах

Их тщательно проверили в два этапа

Отметим, что обследование проводится в два этапа. Первый, скрининг, ориентирован на выявление у человека признаков хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача. В ходе него определяется, есть ли показания к дополнительному обследованию и осмотрам врачами-специалистами для уточнения диагноза заболевания.

В зависимости от результатов первого этапа диспансеризации терапевтом определяется перечень специалистов для проведения углублённого профилактического консультирования, в соответствии с чем гражданин может быть направлен на осмотр или консультацию к неврологу, офтальмологу, хирургу, колопроктологу, урологу, акушеру-

гинекологу, что составляет второй этап диспансеризации. Раннее выявление любых заболеваний приводит к своевременному началу лечения и, соответственно, к его высокой эффективности. Даже онкология, диагностированная на ранних стадиях, может быть вылечена. Поэтому при малейшем подозрении на серьёзное заболевание, врач направляет пациента в рамках

Приморцы узнали о скрытых недугах

Их тщательно проверили в два этапа

второго этапа диспансеризации на дообследование для уточнения диагноза, определения лечебной тактики и постановки на диспансерный учёт при необходимости.

По состоянию на 12 декабря первый этап диспансеризации прошли почти 114 тыс. человек, это 99,8% от плана, – сообщил руководитель Департамента здравоохранения Приморского края Андрей Кузьмин. – Второй этап диспансеризации завершили более 32 тыс. человек – это 31,5%.

Благодаря комплексному обследованию населения у жителей края выявлено впервые 106 401 случай заболеваний.

Взято на диспансерный учёт 61 212 человек, – рассказал директор Департамента здравоохранения. – Направлено для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской

помощи, 233 пациента, рекомендовано санаторно-курортное лечение 2628 пациентам.

А.Кузьмин в ходе своего выступления отдельно отметил выездную форму работы с населением. В частности, речь шла об автопоезде «Забота», который уже 1,5 года курсирует по Приморью.

Благодаря двум составам медицинских поездов удалось приблизить качественную медпомощь в самые отдалённые уголки края, – подчеркнул глава ведомства. – Большую работу специалисты выездных бригад ведут и по диспансеризации населения, как взрослого, так и детского. С начала года специалистами автопоездов принято и осмотрено более 64 тыс. человек, из них – 27 145 детей.

Диспансеризация населения даёт чёткое представление о здоровье приморцев. Так, в структуре выявленной заболеваемости лидируют: болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ – 38,2%, на втором месте болезни системы кровообращения – 20,3%, болезни мочеполовой системы занимают третье место – 15,7%, а на четвёртом и пятом местах болезни органов пищеварения – 8,3 и нервной системы – 4,8%.

Напомним, что диспансеризация взрослого населения проводится с согласия гражданина, бесплатно по полису ОМС в поликлинике по месту жительства или прикрепления. Основная цель медосмотра – выявление заболеваний на начальных стадиях и проведение комплекса лечебно-оздоровительных мероприятий.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Владивосток.

Крупнейшим комплексом в Центральном федеральном округе является Воронежская областная клиническая больница № 1. Это многопрофильное лечебное учреждение, отвечающее передовым стандартам оснащения и применяемым методикам. В состав Воронежской ОКБ 5 лет назад вошёл и перинатальный центр. Это ещё больше прибавило уникальности клинике в столице Черноземья.

Современный этап истории ВОКБ берёт начало с конца 1976 г., когда в лесопарковой зоне Северного микрорайона города был открыт новый лечебно-диагностический комплекс. За 40 лет развития он разросся и теперь располагает 5 клиник-диагностическими корпусами и 19 вспомогательными и техническими строениями. С общей мощностью 1850 коек. В структуре больницы 42 клинических подразделения, 16 – диагностических, 36 – вспомогательных. Здесь трудятся 4200 сотрудников, из них более 1000 врачей. Среди них: 142 имеют учёную степень, в том числе 15 докторов медицинских наук. Ежегодно в конкурсе «Лучший врач года» сотрудники областной больницы занимают призовые места по 6-9 номинациям. В 2014 г. во Всероссийском конкурсе бывший главный врач ВОКБ, ныне – руководитель Департамента здравоохранения области Александр Щукин был признан победителем в номинации «Лучший руководитель медицинского учреждения».

– Когда встал вопрос о строительстве перинатального центра, поступали и предложения построить его как самостоятельное лечебное учреждение, – рассказывает главный врач ВОКБ кандидат медицинских наук Виктор Вериковский. – Поскольку областная больница к этому времени была одним из крупнейших стационаров Черноземья. Но перинатальный центр в условиях многопрофильной клиники имеет целый ряд преимуществ. Особенно если учитывать, что сюда доставляют беременных, имеющих различную патологию. Как это работает на практике, прекрасно видно на примере кардиохирургической помощи. Не надо тратить драгоценное время на транспортировку беременной женщины с проблемами в сердечно-сосудистой системе или крохотного малыша в клинику, где им сумеют помочь. Малыш появляется на свет в перинатальном центре, специализированная кардиохирургическая бригада прооперирует его при врождённых пороках в соседнем корпусе или непосредственно в центре. Статистика подтверждает правильность такого решения. Начиная с 2011 г., когда вместе с реконструированным кардиохирургическим центром начал совместно работать новейший перинатальный – резко возросло количество операций на сердце детям раннего возраста, в том числе новорождённым и первого года жизни с критическими пороками сердца. При содействии Департамента здравоохранения Воронежской области клиническая больница № 1 стала координатором внедрения в регионе трёхуровневой системы оказания медицинской помощи, направленной на повышение качества, доступности, позволяющей эффективно на каждом этапе проводить профилактическую работу, обследование, лечение и отбор больных на оказание сложных видов медицинской помощи. Весь спектр хирургических операций, за исключением тех, которые отнесены к эксклюзивным (за них обычно берутся федеральные центры), выполняется в ВОКБ. В тесном сотрудничестве с Федеральным научным центром трансплантологии и искусственных органов им. В.И.Шумакова хирурги освоили различные виды трансплантаций, и уже занимаются мультиорганным забором органов. Пересадка может понадобиться любому больному, когда другие методы уже не помогают.

По объёму высокотехнологичной медицинской помощи, значительно

Проблемы и решения

Десятилетия практики

В Воронежской областной клинической больнице № 1 первая операция на сердце была выполнена 60 лет назад



Виктор Вериковский

возросшей за последние 5 лет, ВОКБ занимает высокие места в рейтинге – это признанный центр по внедрению инновационных методов диагностики, лечения и реабилитации.

Лидеры в ЦФО

Воронеж для российской кардиохирургии – место особенное. Первая операция на сердце в

знаёт руководитель кардиохирургического центра, главный специалист по кардиохирургии Департамента здравоохранения Воронежской области, главный сердечно-сосудистый хирург ЦФО, профессор Сергей Ковалёв. – Всё-таки в столицах находились союзные лечебные учреждения, располагавшие совершенно другими возможностями. Но среди областных клиник воронежцам нередко выпадала честь быть первыми.

Своими учителями и наставниками С.Ковалёв считает профессора Виктора Булынина и академика Лео Бокерия. Портрет В.Булынина висит у него в кабинете на самом видном месте. Кандидатскую и докторскую диссертации В.Булынин защищал в Институте хирургии им. А.В.Вишневского. Ему предлагали остаться руководителем отделения врождённых пороков сердца прославленного института, но он предпочёл уехать из столицы. В 1975 г. возглавил воронежский кардиоцентр, где проработал 25 лет...

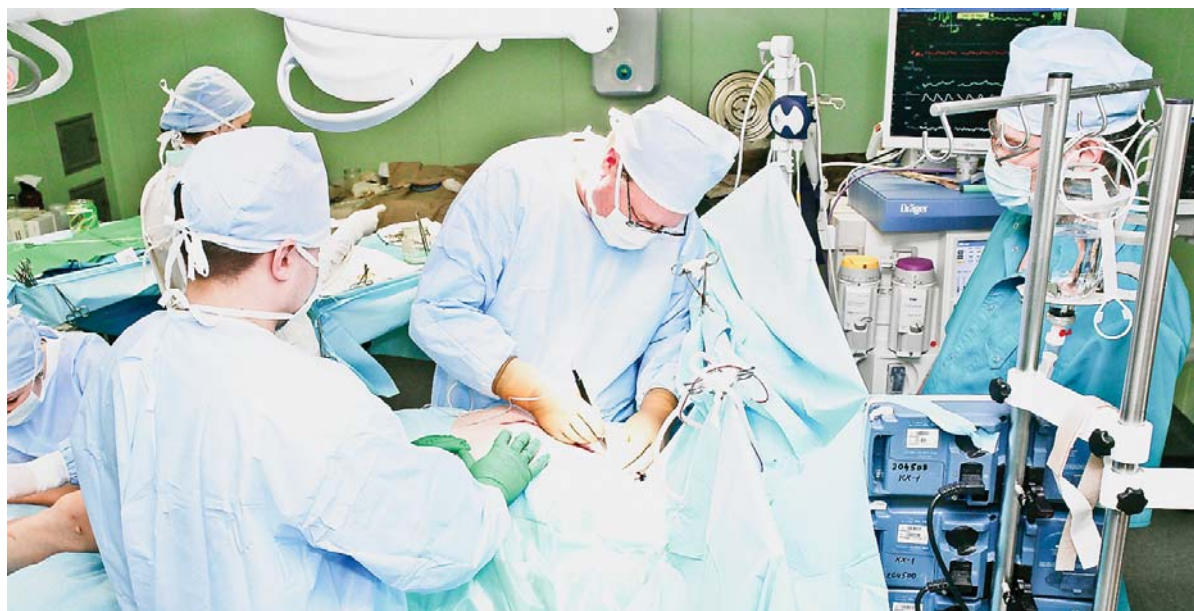
Сергей Ковалёв является главным кардиохирургом Центрального

тей, что в 4 раза больше уровня 2010 г.

В зоне обслуживания кардиохирургического центра проживают около 2,3 млн человек. Вместе с коллегами из Научного центра сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н.Бакулева шаг за шагом внедряются операции детям с критическими пороками сердца. За последние 2 года произошёл буквально прорыв в хирургии новорождённых.

Сегодня кардиохирургический центр оснащён на самом современном уровне. Это отмечал во время посещения лечебного учреждения главный кардиохирург Минздрава России Л.Бокерия, который назвал реанимацию больницы уникальной.

Кардиохирурги Воронежа собираются в ближайшее время выполнить первую пересадку сердца. Центр органного донорства в территории давно создан и успешно функционирует. Специалисты, способные осуществить подобную трансплантацию, уже подготовлены. Эта работа ведётся в тесном сотрудничестве с Воронежским государственным медицинским университетом им. Н.Н.Бурденко.



Идёт операция на сердце

ВОКБ была выполнена в 1956 г. С того дня прошло более 60 лет. А ровно 40 лет назад в ВОКБ был создан кардиохирургический центр и проведена первая операция на сердце в условиях искусственного кровообращения. Ещё дата, которую можно отметить, – в 1976 г. вышел известный в то время приказ Минздрава СССР, инициировавший создание межобластных кардиохирургических центров. Тогдашний министр Борис Петровский определил задачу воронежскому кардиохирургическому центру – обслуживание населения Центрального Черноземья: Воронежа, Курска, Липецка, Тамбова и Белгорода. Вот почему о возможностях воронежских кардиохирургов и известно далеко за пределами областного центра.

С благодарностью вспоминают в Воронежской ОКБ и имя профессора Валерия Радужевича. Именно он выполнил первую операцию на сердце: в 1956 г. была проведена перикардэктомия, в следующем – перевязка открытого артериального протока взрослому и ребёнку. В 1959 г. сделали митральную комиссуротомию. Сложно перечислить все операции, к которым относится слово «впервые».

– Мы отдаём себе отчёт, что нас трудно сравнивать с клиниками Москвы и Санкт-Петербурга, – при-

федерального округа, а потому на заседаниях профильной комиссии Минздрава России ему приходится отчитываться о работе 18 территорий. Он прекрасно знает слабые и сильные стороны всех клиник ЦФО, выполняющих кардиохирургические вмешательства. Сразу называет цифры, сколько сделано операций с искусственным кровообращением в каждом регионе. Сами воронежцы отстают по их количеству только от ведущих клиник Москвы. Но если посмотреть на число проведённых ангиопластик и стентирований, то кардиоцентру ВОКБ нет равных в Центральном федеральном округе. Нужно подчеркнуть и такую деталь: в большинстве случаев они выполнялись экстренно – при остром коронарном синдроме, остром инфаркте миокарда. Очень хорошие результаты операций получены при приобретённых пороках сердца, аневризмах аорты, нарушениях ритма сердца.

Ежегодно здесь стабильно выполняется порядка 3,5 тыс. высокотехнологичных операций. На протяжении последних 3 лет каждый год проводится по 700 операций с искусственным кровообращением, на открытом «сухом» сердце – около 800, вмешательства при различных нарушениях ритма – более 650. В 2015 г. прооперировано 211 де-

На базе центра занимаются клинические ординаторы по сердечно-сосудистой хирургии, действуют аспирантура и докторантура по специальности. Более того, подготовку здесь проходят не только врачи из ЦФО, но иностранные коллеги. Например, сейчас учатся ординаторы из Марокко, Палестины, Ирана, Сирии. Ведётся большая научно-исследовательская работа. В прошлом году защищено 5 кандидатских диссертаций, на выходе, что называется, – 2 докторские.

Но многих достижений могло и не быть, если бы Воронежская областная Дума в своё время не поддержала программу реконструкции кардиохирургического центра. Это потом уже началась программа модернизации здравоохранения, и федеральное Правительство выделило значительные средства на ремонт и переоснащение.

«Гибридный» удар по болезням

На сегодняшний день в составе кардиохирургического центра открыты дополнительно три операционные, одна из которых предназначена для проведения «гибридных» операций. Она была фактически первой в стране. Кардиореанимация на 12 коек оснащена по новым принципам со станциями,

с созданием палат для детей, с последующей организацией палат для пациентов с трансплантируемым сердцем и другими органами.

О современном уровне центра говорят и аппараты для экстракорпоральной мембранной оксигенации, для вспомогательного кровообращения пациентам с тяжёлыми формами сердечной недостаточности. С их помощью проводится интенсивная терапия как взрослым, так и совсем маленьким пациентам.

Чтобы выполнять огромное количество сочетанных вмешательств на клапанах сердца, на коронарных сосудах, операции при сложных нарушениях ритма и проводимости, оборудование операционного блока постоянно обновляется. Есть среди него уникальное – криодеструкторы, радиочастотные деструкторы для сочетанных вмешательств, развивается торакоскопия, операции с видеоподдержкой, из мини-доступа. Освоены транскатетерные методики имплантации клапанов больным с пороками сердца, гибридные вмешательства при пороках новорождённых. Часто такие операции дают шанс для дальнейшей реабилитации. Они позволяют через 2-3 недели или месяца, в зависимости от патологии, перейти к следующему этапу – радикальной коррекции. Развивается гибридная хирургия, как не в одной другой клинике. Хотя есть суждения, что больного всегда можно из одной операционной просто перекачать на каталке в другую... Ничего подобного, доказано исследованиями, что транспортировка во время операции может ухудшить последующий прогноз, в два раза увеличив число послеоперационных осложнений. Самое главное – сформирован профессиональный коллектив, который работает десятки лет, трудится по одной «философии».

В команде «сердца»

– Ассоциация сердечно-сосудистых хирургов – одна из самых эффективно действующих профессиональных структур, которые работают в лоне Минздрава и РАН, – считает С.Ковалёв. – Выездные сессии Бакулевского центра, которыми руководит Л.Бокерия, всегда дают заряд позитивной энергии для нового взгляда на существующие проблемы. Другой важный момент, который нельзя не отметить, это внимание главы администрации области А.Гордеева, положившего конец долгому – возведению перинатального центра. В результате были сформулированы задачи и для детской кардиохирургической службы. Сегодня наши коллеги шутят: «Мы работаем в команде «сердца». И это не преувеличение. На базе перинатального центра только в 2015 г. выполнены операции по перевязке открытого артериального протока 29 недоношенным детям, в том числе с массой тела менее 1000 г.

– То, что мы имеем сегодня, – это действительно хирургия высокого класса, – продолжает руководитель кардиохирургического центра. – На протяжении последних нескольких лет являемся лидерами среди региональных лечебных учреждений ЦФО. Работаем как эффективное «кардиологическое» производство по восстановлению здоровья россиян.

Алексей ПАПЫРИН,
спец. корр. «МГ».

Москва – Воронеж.

Фото автора.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 3 (2033)

(Окончание. Начало в № 2 от 13.01.2017.)

Многокомпонентные схемы

Преимущества многокомпонентных схем по сравнению с изолированной иммуносупрессивной терапией цитостатиками в контролируемых исследованиях не изучены.

Кортикостероиды, циклофосфамид, микрофенолата мофетил отдельно или в комбинации показаны при аутоиммунно-опосредованных ГН. Кортикостероиды, рыбий жир, микрофенолата мофетил эффективны при ИГА-нефропатии. Стероиды, дипиридамола, азатиоприна показаны при МПГН или ГН, ассоциированном с гепатитом. Рыбий жир, принимаемый при ИГА-нефрите до 2 лет, замедляет снижение почечной функции. Стероиды, тонзиллэктомия, рыбий жир и ИАПФ при ИГА-нефрите – эффективность дискусионна. Дипиридамола и аспирин эффективны при МПГН.

Трёхкомпонентная схема (ГКС или цитостатики с гепарином и антиагрегантами): преднизолон в дозе 1-1,5 мг/кг/сут внутрь 4-6 недель, затем 1 мг/кг/сут через день, далее снижают дозу на 1,25-2,5 мг/нед вплоть до отмены, или циклофосфамид по 200 мг в/в ежедневно или двойная доза через день в течение 1-2 мес, затем половинная доза до достижения ремиссии (циклофосфамид можно заменить хлорамбуцилом или азатиоприном); гепарин по 5000 ЕД 4 раза в сутки в течение 1-2 месяцев с переходом на фениндион или ацетилсалициловую кислоту по 0,25-0,125 г/сут или варфарин 10 мг/сут внутрь; дипиридамола по 400 мг/сут внутрь, в/в.

Четырёхкомпонентная схема Кинкайд – Смит: преднизолон по 25-30 мг/сут внутрь в течение 1-2 месяцев, затем снижение дозы на 1,25-2,5 мг/нед вплоть до отмены; циклофосфамид по 200 мг в/в ежедневно или двойная доза через день в течение 1-2 месяцев, затем половинная доза до достижения ремиссии (циклофосфамид можно заменить хлорамбуцилом или азатиоприном); гепарин по 5000 ЕД 4 раза в сутки в течение 1-2 месяцев с переходом на фениндион (ацетилсалициловую кислоту); дипиридамола по 400 мг/сут внутрь или в/в.

Схема Понтичелли: начало терапии с преднизолона – 3 дня подряд в дозе 1 г/сут, следующие 27 дней в дозе 30 мг/сут внутрь, 2-й месяц – хлорамбуцил в дозе 0,2 мг/кг. Лечение проводят 6 месяцев.

Схема Стейнберга: пульс-терапия циклофосфамидом – 1 г в/в ежемесячно в течение года; в последующие 2 года – 1 раз в 3 месяца; в последующие 2 года – 1 раз в 6 месяцев.

Лечение ХГН
при морфологических формах

БМИ – лечение первого эпизода НС у взрослых начинают с КС 1 мг/кг – преднизолон 1 мг/кг (максимально 80 мг) 1 раз в сутки или 2 мг/кг через день (максимально 120 мг) в один приём длительностью до 4 недель (если достигнута ремиссия) или 16 недель (если ремиссия не достигнута) с последующим снижением дозы после достижения ремиссии в течение 6 месяцев. При противопоказаниях или непереносимости КС – циклофосфан или кальциейрин ингибиторы (КНИ). При непереносимости КС, ЦФ и КНИ – микрофенолата мофетил 500-1000 мг 2 р/день ежедневно 1-2 года. При редких рецидивах ГН терапия как при первом эпизоде НС.

При часто рецидивирующем/стероидорезистентном ГМИ или для предупреждения нарушений репродуктивной функции – циклофосфамид 2-2,5 мг/кг/сут в течение 8 недель; назначение КНИ (циклофоспорин 305 мг/кг/сут или такролимус 0,05-0,1 мг/кг/сут в 2 приёма) в течение 1-2 лет. Не применяют статины для лечения ГЛП и ИАПФ у нормотензивных пациентов с целью снижения протеинурии при лечении 1 эпизода НС при ГМИ.

При **ФСГС** применять КС и иммуносупрессанты только при идиопатическом ГН с НС. Преднизолон 1 мг/кг/сут в 1 приём (максимум 80 мг) или 2 мг/кг/сут через день (максимум 120 мг) минимум 4 недели и максимум, при хорошей переносимости, до 16 недель или до ремиссии, если она разовьётся раньше. Дозу КС после достижения полной ремиссии снижать постепенно в течение 6 месяцев. КНИ показаны в качестве 1-й линии у больных с непереносимостью или противопоказаниями к высоким до-

зам КС (психические заболевания, неконтролируемый сахарный диабет, тяжёлый остеопороз). Лечение рецидивов НС – согласно рекомендациям ГМИ у взрослых. При стероидрезистентном ФСГС – циклоспорин 3-5 мг/кг/сут в 2 приёма не менее 4-6 месяцев. При достижении ремиссии продолжить циклоспорин ещё до 12 месяцев с последующим постепенным снижением дозы. При стероидрезистентном НС и непереносимости циклоспорина – микрофенолата мофетил в сочетании с высокими дозами дексаметазона.

При идиопатическом ГН у пациентов с НС иммуносупрессивную терапию начинают при

Гломерулонефриты: диагностика, лечение, профилактика

Клинические рекомендации для врачей общей практики

наличии: ПУ более 4 г/сут и её сохранении на уровне 50% от исходного без ответа в течение 6 месяцев на антигипертензивную и антипротеинурическую терапию или имеются угрожающие жизни осложнения НС или повышение креатинина сыворотки на 30% в течение 6 месяцев (при рСКФ не менее 25-30 мл/мин). Не применять иммуносупрессивную терапию у пациентов с СКФ <30 мл/мин (креатинин сыворотки >309 мкмоль/л на 1,73 м²) или уменьшением длины почки <8 см или с жизнеугрожающими инфекциями (нет степени).

Начинают терапию с КС – чередуя внутрь и в/в в течение 6 месяцев в сочетании с алкилирующими препаратами – лучше циклофосфамид, чем хлорамбуцил (дозу подбирать в зависимости от возраста и СКФ) и при отсутствии эффекта ведут ещё 6 месяцев консервативно, прежде чем сделать вывод о безуспешности терапии. Возможен ежедневный приём алкилирующих препаратов >6 месяцев, но возрастает риск токсичности. Альтернативная начальная терапия при противопоказаниях к КС/алкилирующим препаратам – КНИ в течение 6 месяцев, и отменять их при недостижении ремиссии в течение полугода.

Снижение дозы КНИ каждые 4-8 месяцев до 50% дозы при сохранении ремиссии – до 12 месяцев. Мониторировать уровень КНИ в крови (нет степени). Рекомендуется повторная биопсия быстрым снижением функции почек (при удвоении креатинина за 1-2 месяца наблюдения). Не рекомендуется применять монотерапию КС для начальной терапии иМН и монотерапию ММФ. При резистентности к КС/алкилирующим препаратам – КНИ и при резистентности к КНИ – КС/алкилирующие препараты.

Идиопатический **МПГН** – при НС начинать терапию с ЦФ или ММФ с низкими дозами КС ежедневно или через день – не более 6 месяцев.
ГН, связанные с инфекциями (постстрептококковый, шунт-нефрит, при инфекционном эндокардите), – адекватное лечение инфекции. **НСВ-нефрит** – рибавирин и интерферон, как и для общей популяции, в том числе и для диализных пациентов. При **НСВ-нефрите в сочетании с криоглобулинемией** (КГ), с НС и обострением КГ – плазмаферез, ретуксимаб или ЦФ в сочетании с метилпреднизолоном в/в и противовирусной терапией. При **ГН-НВУ – инфекцией** – лечение, как и в общей популяции, интерфероном-альфа или аналогами нуклеозидов. **ГН с ВИЧ-инфекцией** – антиретровирусная терапия. При **ГН с паразитами** (малярия, филария, шистосомоз – противопаразитарная терапия (нет степени).

ИГА-нефропатия – длительное лечение ИАПФ или БРА при ПУ>1 г/сут с назначением максимально переносимых доз для достижения ПУ <1 г/сут и назначение ИАПФ/БРА 0,5-1 г/сут (у детей 0,5-1 г/сут на 1,73 м² с повышением дозы при АГ. Целевым АД считать 130/80 мм рт.ст при ПУ<1 г/сут и 125/75 при ПУ>1 г/сут (нет степени). При сохранении ПУ >1 г/сут более 3-6 месяцев у пациентов с СКФ >50 мл/мин – КС в течение 6 месяцев. Не рекомендуются КС в сочета-

нии с ЦФ или азатиоприном при ИГАН, за исключением БПГН и с СКФ <30 мл/мин, кроме БПГН. Не рекомендуется ММФ для лечения ИГАН. Рекомендуется рыбий жир при ПУ >1 г/сут, несмотря на 3-6 месяцев применения ИАПФ/БРА. Не рекомендуются дезагреганты для лечения ИГАН, также тонзилэктомия. При ИГАН с полулунными более чем в 50% клубочков (БПГН) – ЦФ, КС.

Активное лечение вторичных ГН (в том числе и АНЦА ГН, анти-ГБМ ГН), в частности ВН, входит в компетенцию только нефрологов, в том числе при ведении пациентов на амбулаторном этапе. ВОП может только проводить назначенную нефрологом и под его контролем поддерживающую терапию, поскольку лечение таких пациентов сложное и крайне дифференцированное, зависит от многих факторов – морфологического класса нефрита, уровня ПУ, ответа на терапию, функции почек, внепочечных проявлений СКВ, наличия тромбоангиопатии, поэтому не рассматривается в данных рекомендациях для ВОП.

Лечение ХГН
при клинических формах

При невозможности проведения нефробиопсии лечение назначается с учётом клинической формы и клинической активности ГН.

Латентная форма. Активная иммуносупрессивная терапия не показана. При протеинурии более 1,5 г/сут назначают ингибиторы АПФ. Гематурическая форма. Непостоянный эффект от преднизолона и цитостатиков. Больным с изолированной гематурией и/или небольшой протеинурией назначают ингибиторы АПФ и дипиридамола. Гипертоническая форма. Ингибиторы АПФ. Цитостатики в составе трёхкомпонентной схемы. Глюкокортикоиды в половинной дозе (преднизолон 0,5 мг/кг/сут) в составе комбинированных схем. Нефротическая форма и смешанная форма. Трёх- или четырёхкомпонентные схемы. При стероидчувствительном нефротическом синдроме у детей циклофосфамид или хлорамбуцил в течение 8 недель или пролонгированные курсы циклоспорина и левамизола снижают риск рецидивов по сравнению с монотерапией глюкокортикоидами.

Симптоматическая
терапия

Антигипертензивная терапия АГ должна включать ЛС, уменьшающие внутриклубочковую гипертензию и гиперфильтрацию и замедляющие прогрессирование ХПН, то есть обладающие нефропротективным эффектом. Ингибиторы АПФА оказывают нефропротективное действие – снижают внутриклубочковое давление и уменьшают протеинурию: эналаприл 5-40 мг/сут, лизиноприл 10 мг/сут, беназеприл 10 мг/сут, рамиприл 2,5-5 мг/сут, периндоприл 2-4 мг/сут, трандалоприл 1-2 мг 1 раз в сутки, зофеноприл по 7,5-30 в сут., фозиноприл 10-20 мг 1-2 раза в сутки. Блокаторы АТ1-рецепторов оказывают нефропротективное действие: лозартан 50-100 мг/сут, валсартан 80-160 мг 2 раза в сутки, кандесартан 16-32 мг/сутки, ирбесартан 150-300 мг/сут, телмисартан 40-80 мг/сут, эпросартан 400-800 мг/сут. Блокаторы кальциевых каналов назначаются только в комбинации с ИАПФ или с блокаторами АТ1-рецепторов вторым препаратом: верапамил 120-320 мг/сут, дилтиазем 160-360 мг/сут, амлодипин 2,5-10 мг/сут, лерканидипин по 10-20 мг/сут. Селективные β-адреноблокаторы применяются в комбинированной терапии с ИАПФ или блокаторами АТ1-рецепторов: метопролол 50-100 мг/сут, небивалол 5 мг/сут, карведилол 12,5-25 мг 2 раза в сутки.

Гиполипидемические ЛС уменьшают протеинурию. ЛС назначают при гиперлипидемии (нефротический синдром, ХГН, ХПН). Наиболее выраженным гиполипидемическим эффектом обладают статины: симвастатин 40 мг/сут, аторвастатин 20-40 мг/сут, розувастатин 10-40 мг/сут в течение 4-6 недель с последующим снижением дозы до минимально эффективной, позволяющей контролировать гиперлипидемию.

Диуретики при отёках и комбинированной

терапии при АГ – гидрохлоротиазид, фуросемид, индапамид, спиронолактон.

Антикоагулянты, антиагреганты, антиоксиданты

Убедительных данных об эффективности антиоксидантов (витамин Е, рыбий жир) нет. Антикоагулянты – убедительных данных об эффективности нет. Назначаются в сочетании с глюкокортикоидами и цитостатиками: Гепарин по 5000 ЕД 4 раза в сутки п/к не менее 1-2 месяцев, перед отменой дозу снижают за 2-3 дня. Над-ропарин кальция по 0,3-0,6 мл 1-2 раза в сутки п/к. Антиагреганты – убедительных данных об эффективности монотерапии нет, контролируемые исследования по применению в составе многокомпонентных схем единичные. Роль аспирина и дипиридамола неясная, показаны при противопоказаниях или резистентности к кортикостероидам и исключении гепатита при идиопатическом МПГН у взрослых с высоким риском прогрессирования в ХПН: дипиридамола по 400-600 мг/сут, пентоксифиллин по 0,2-0,3 г/сут, тиклопидин по

Гломерулонефриты: диагностика, лечение, профилактика

Клинические рекомендации для врачей общей практики

0,25 г 2 раза в сутки, ацетилсалициловая кислота по 0,25-0,5 г/сут.

В отдельных наблюдениях комбинация аспирина 375 мг/день и дипиридамола 225 мг/день в течение 1 года уменьшала показатель снижения клубочковой фильтрации и частоту прогрессирования в ТХПН без различия в исходах через 10 лет, а комбинация циклофосфана с варфарином и дипиридамолом в течение 3 лет и циклофосфана в течение 6 месяцев с варфарином и дипиридамолом в течение 2 лет способствовали выраженному снижению протеинурии.

Плазмаферез – эффект в контролируемых исследованиях не доказан. Применяется в сочетании с пульс-терапией преднизолоном и/или циклофосфамидом при высокоактивных ГН и отсутствии эффекта от лечения преднизолоном и циклофосфамидом. Ультрафильтрация, гемодиализ – при БПГН, ХБП.

Хирургическое лечение. Эффективность тонзиллэктомии на благоприятный исход ОГН в клинических испытаниях не доказана. При взаимосвязи рецидивов ХГН с обострениями тонзиллита – тонзиллэктомия, хотя эффективность не доказана. При терминальной ХБП – трансплантация почки.

Принципы терапии, особенности у детей, пожилых и беременных. Лечение ОГН проводится в стационаре, иммуносупрессивная терапия назначается с учётом результатов нефробиопсии в зависимости от морфологической формы и активности ГН. Выбор лечения зависит от течения ГН (ОГН, ХГН, БПГН) и имеет особенности при первичном и вторичном ГН. Иммуносупрессивная терапия, которая при ГН является основой патогенетической терапии, при ОГН не назначается. Интенсивная иммуносупрессивная терапия проводится при высокой активности процесса – высокие дозы ЛС и пульсы преднизолона и циклофосфана, плазмаферез (при показаниях). Лечение ОГН у взрослых, детей и пожилых принципиально не отличается, только следует расчёт дозы лекарств осуществлять на 1 кг массы тела и с учётом функции почек, которая нередко снижена у пожилых и на поздних стадиях ХБП. У детей при необходимости лечения инфекции следует помнить, что противопоказаны тетрациклины, фторхинолоны, гентамицин.

Лечение активного ГН беременных не обсуждается, так как активный ГН является показанием к прерыванию беременности в связи с высокой степенью риска осложнений как со стороны плода, так и женщины, и из-за многих причин, в том числе тератогенности иммуносупрессивных препаратов. Иногда допустима попытка лечения беременных при выявленном в период беременности ГН с латентной и – реже – нефротической формами глюкокортикоидами при условии положительной клинико-лабораторной динамики заболевания. Безопасность фурасемида при беременности не доказана.

Прогноз

При **ОГН** прогноз благоприятный при постстрептококковом ГН: спонтанное выздо-

ровление наступает почти у всех пациентов (85-90%), даже с ОПН острой фазы и с полулуниями в ранней почечной биопсии. При эпидемических постстрептококковых ОГН: более 95% детей и взрослых клинически выздоравливают в течение 3-6 месяцев, при спорадических – лишь 60%. Постстрептококковый ОГН постепенно разрешается после того, как инфекция исчезла, нормализация уровня комплемента происходит в течение 6 недель, гематурия исчезает за 3-6 месяцев, микрогематурия может сохраняться до 1 года, восстановление диуреза происходит в первую неделю, нормализация креатинина – через 3-4 недели одновременно с гистологическим улучшением, уровень СЗ нормализуется в течение 8 недель после начала постстрептококкового ГН.

Протеинурия снижается медленнее, в течение 6 месяцев и в минимальном количестве сохраняется у 15% в течение 3 лет и у 2% – от 7 до 10 лет. Протеинурия нефротического уровня может сохраняться в течение 6 месяцев или более после исчезновения гематурии.

Рецидивы постстрептококкового ГН не характерны из-за стойкого продолжительного иммунитета к М-протеину стрептококка. Нефрит, ассоциированный с MRSA и хроническими инфекциями, обычно разрешается после устранения инфекции.

У 5% детей и 10% взрослых развивается ХГН (с прогрессированием ХБП) и крайне редко – быстропрогрессирующий гломерулонефрит. Прогрессирование нефрита с развитием почечной недостаточности через 10-40 лет после начала болезни обусловлено развитием гломерулосклероза.

Прогноз у взрослых и особенно у пожилых менее благоприятный, чем у детей. Необратимая ОПН развивается у 1% детей и несколько чаще у взрослых. Летальность невелика и связана в основном с осложнениями – кровоизлияниями в мозг, острой сердечной недостаточностью, инфекционными осложнениями и тромбозами при развитии ОПН.

При **ХГН** прогрессирование в ХБП происходит в течение 10-20 лет с разной частотой и темпами в зависимости от клинко-морфологической формы. Предикторы прогрессирования: повышение креатинина плазмы, артериальная гипертензия и/или стабильная протеинурия более 1 г/сут.

Прогноз в зависимости от морфологической формы ГН:

Вредные химические вещества (токсического, удушающего, раздражающего, аллергического действия), вызывающие токсическое поражение дыхательной системы, в современной литературе называют пульмонотоксикантами. Они возникают при ингаляционном воздействии токсических веществ раздражающего действия. При контакте с бронхиальной слизистой эти вещества вызывают развитие воспалительной реакции, а в более выраженных случаях – разрушение структуры ткани и некроз. Перечень химических соединений, обладающих пульмонотоксическим действием, обширен, но как раньше, так и в настоящее время ингаляционные поражения человека наиболее часто обусловлены действием хлора, аммиака, неорганических и некоторых органических кислот, оксидов металлов (оксиды азота, серы), фосгена. Объединяющим свойством пульмонотоксикантов, вне зависимости от пути проникновения в организм, является способность нарушать функции клеток бронхиального дерева. При тяжёлых поражениях это сопровождается развитием токсического отёка лёгких.

М.Chaigleu (1980) предложил классификацию вредных газов, основанную на типах действия на организм. Она включает:

- асфиксические газы, вызывающие снижение концентрации кислорода в воздухе (простые асфиксические газы – метан, водород, азот), крови или тканях (химически действующие асфиксанты – оксид углерода, диоксид-оксид азота, синильная кислота);
 - раздражающие газы – первичного действия (HCL, NH₃, HF, SO₂, альдегиды – акролеин); вторичные, то есть имеющие несколько механизмов токсического действия – бензол, сероводород;
 - анестезирующие (наркотические) газы – ненасыщенные углеводороды, пропан, циклогексан и т.п. Кроме того, предлагается учитывать токсичность газов (расчётную смертельную концентрацию при 30-минутной экспозиции). Однако токсичность вещества часто не является фактором, определяющим в реальных условиях воздействия (аварии на производстве) опасность развития патологии лёгких.
- При воздействии химических веществ, обладающих преимущественным действием

Мезангиопролиферативный ГН – 40% (постстрептококковый вариант – 1-2%). 10-летняя выживаемость составляет 81%. Прогноз более благоприятен при наличии эффекта от глюкокортикоидов, менее – при выраженной гематурии, протеинурии, АГ, почечной недостаточности, выраженных морфологических изменений.

Болезнь Берже – 30-50%. 20-летняя выживаемость составляет около 50%. Прогностически неблагоприятные факторы: пожилой возраст, выраженная протеинурия, АГ и обнаружение полулуний или сегментарного склероза при биопсии почки.

ГН минимальных изменений – ХПН развивается редко, чаще у пожилых. 5-летняя выживаемость составляет более 95%.

Мембранозный ГН – 40-50%. Прогноз относительно благоприятный. Возможны спонтанные ремиссии (20-30%). 10-летняя выживаемость составляет 60-65%. Пациенты со спонтанной или лекарственной ремиссией имеют хороший долгосрочный прогноз, сохранение ремиссии – 67%, рецидивы – 20-30%, у 13% – развитие ХПН. Частота ремиссии увеличивается по мере увеличения срока от начала нефрита. У взрослых – прогрессирование нефрита чаще.

Терминальной стадии в течение 5-6 лет достигают 16-26%, 10 лет – 35% и 15 лет – 41%. Нефротический синдром у детей с гепатитом В и С разрешается спонтанно, для взрослых типично прогрессирование в почечную недостаточность. Прогностически неблагоприятные факторы: мужской пол, возраст старше 50 лет, выраженный нефротический синдром, АГ, повышение концентрации креатинина сыворотки крови, тубулоинтерстициальный компонент, отсутствие ремиссий.

Фокально-сегментарный гломерулосклероз – 50-80%. Спонтанные ремиссии редки – 1-1,5%. У пациентов с нефротическим синдромом и АГ, тромбозами возможно быстрое прогрессирование почечной недостаточности – «злокачественная форма».

Мезангиокапиллярный ГН. Течение, прогрессирующее в ХПН, ремиссии редки. 10-летняя выживаемость составляет не более 50%. Терминальная ХПН развивается через 10 лет у 40-50%, через 20 – у 90%. При идиопатическом ГН у 50-60% нелеченых пациентов развивается терминальная ХПН через 10-15 лет, у 25-40% сохраняется нормальная функция почек; спонтанное улучшение происходит менее чем в 10%.

Быстропрогрессирующий ГН (постинфекционный и при СКВ, гранулематозе Вегенера, узелковом периаартериите) – лечение улучшает функции почек. У 90% нелеченых пациентов болезнь прогрессирует до терминальной стадии в течение 1-2 лет. При наличии полулуний в 75% клубочков и более прогноз неблагоприятный. Трансплантация почки в 50% осложняется рецидивом в трансплантате, в 10% – реакцией отторжения трансплантата.

Порядок оказания лечебно-диагностической помощи в амбулаторно-поликлинических условиях

На амбулаторном этапе важно заподозрить активный ГН и направить пациента на стационарное лечение в терапевтическое или нефрологическое отделение. При наличии или угрозе осложненной госпитализация осуществляется по неотложным показаниям, в остальных случаях – в плановом порядке. До госпитализации в стационар пациенту даются рекомендации по диете, режиму, проводятся консультации узких специалистов. При острой инфекции назначается антимикробная терапия.

Продолжается патогенетическое лечение, начатое в стационаре (активная, снижающая или поддерживающая терапия), при гипер- и дислипидемии показана гиполлипидемическая терапия – снижает протеинурию. Ограничение белка, соли – для контроля отёков и объёмно-зависимой гипертензии. Приём ИАПФ/БРА при АГ с целью нефропротекции, замедления темпов прогрессирования нефрита и удлинения додализного периода.

Санация очагов инфекции. Кратковременная антибиотикотерапия острой респираторной или желудочно-кишечной инфекции снижает число эпизодов макрогематурии, иногда – протеинурию и уровень ИГА в сыворотке крови. Необходимо информировать пациента о необходимости контроля уровня СКФ и креатинина крови, об исключении потенциально нефротоксических ЛС, рентгеноконтрастных препаратов.

Экспертиза трудоспособности (срок временной нетрудоспособности при ОГН и обострении ХГН – 2-4 месяца). Трудоустройство: противопоказано переохлаждение, физическое перенапряжение, стрессы,

работа в ночную смену. При ХБП III-V стадий пациент направляется на МСЭК для установления степени нетрудоспособности.

Диспансерное наблюдение у нефролога, терапевта или врача общей практики при ОГН в течение года, при ХГН – пожизненно (ежеквартально – измерение АД, анализы крови, мочи, суточная протеинурия при нефротическом синдроме, определение содержания креатинина и/или мочевины сыворотки крови, уровня липидов при исходном повышении, консультации стоматолога, оториноларинголога; по показаниям: титр АСЛО, консультации окулиста, гинеколога). Длительное наблюдение за пациентами с персистирующими изменениями в моче в сочетании с АГ: при изолированной микрогематурии каждые 6-12 месяцев контроль функции почек и АД; при интермиттирующей изолированной протеинурии ежемесячный контроль протеинурии, АД и функции почек ввиду высокого риска прогрессирования в ХПНВ, при персистирующей протеинурии более 1 г/сут показано проведение почечной биопсии.

Санаторно-курортное лечение в период ремиссии. Режим, диета. Подсчёт темпов прогрессирования нефрита. Завершение/продолжение иммуносупрессивной терапии, приём ИАПФ, гиполлипидемических препаратов, рыбьего жира. Тонзиллэктомия у больных с частыми обострениями тонзиллита и последующими рецидивами ХГН замедляет прогрессирование ХГН.

Под редакцией главного специалиста по семейной медицине (общей врачебной практике) Минздрава России, академика РАН Игоря ДЕНИСОВА.

Список сокращений:

- АГ – артериальная гипертензия
- АТ – антитела
- БПГН – быстропрогрессирующий гломерулонефрит
- ГН – гломерулонефрит
- ОГН – острый гломерулонефрит
- ОПП – острое повреждение почек
- НПВП – нестероидные противовоспалительные препараты
- СЗСТ – системные заболевания соединительной ткани
- СКФ – скорость клубочковой фильтрации
- ХБП – хроническая болезнь почек
- ХГН – хронический гломерулонефрит.

Профессиональные заболевания органов дыхания, вызванные воздействием химических факторов производственной среды

Химические вещества с доказанным пульмонотоксическим действием

Фосген, дифосген. Фосген – бесцветный газ с запахом прелого сена, температурой кипения около 80С, в 2,5 раза тяжелее воздуха, плохо растворяется в воде, хорошо – в органических растворителях. При взаимодействии с водой образует соляную и угольную кислоты. Нейтрализуется аммиаком. Фосген действует только ингаляционно, оказывая специфическое действие на органы дыхания, а в момент контакта – слабое раздражающее действие на глаза и слизистые оболочки. Обладает кумулятивным действием. Дифосген – бесцветная жидкость с запахом гнилых яблок, температура кипения 1280С, применяется в виде паров и по токсичности приближается к фосгену. Стойкость фосгена и дифосгена при положительных температурах на открытой местности не превышает одного часа, в лесу, оврагах, подвалах – возрастает до 2-3 часов, зимой – увеличивается многократно.

Патогенез и клиника интоксикации фосгеном. Фосген относится к веществам медленного действия. В годы Первой мировой войны применялся как отравляющее вещество, однако в связи с низкой стойкостью очагов в настоящее время утратил своё значение как табельное отравляющее вещество. Широко применяется в химической промышленности. Фосген при температуре выше 80С – газ с запахом прелого сена, тяжелее воздуха, плохо растворяется в воде, хорошо – в органических растворителях и липидах. Раздражает глаза и слизистые оболочки. Вне заражённой зоны признаки поражения проходят быстро. По механизму токсического действия фосген относится к алкилирующим агентам, способным связываться с SH-, NH₂- и COOH-группами биологических молекул.

Попадая в дыхательную систему, фосген слабо задерживается в воздухопроводных путях вследствие низкой гидрофильности. Токсические эффекты реализуются в первую очередь на уровне аэрогематического барьера. Растворяясь в липидном слое сурфактанта, фосген мало нарушает его функцию в ранние сроки. Взаимодействуя с альвеолоцитами II типа, фосген снижает активность ферментов синтеза фосфолипидов, что приводит к увеличению поверхностного натяжения в альвеолах, которое обнаруживается только спустя несколько часов после ингаляции вещества. Проникая по градиенту концентраций в интерстициальное пространство, фосген взаимодействует с клетками интерстиция, повреждение которых не играет существенной роли в развитии острой патологии лёгких. Далее фосген снижает жизнеспособность и метаболическую активность эндотелиальных клеток кровеносных капилляров лёгких. Это приводит к увеличению содержания вазоактивных веществ в сосудах малого круга кровообращения, их спазму и повышению гидростатического давления, вследствие чего усиливается транссудация жидкости, а затем и форменных элементов крови в интерстициальное пространство лёгких.

Усиление транссудации компонентов плазмы крови сопровождается компенсаторным увеличением лёгочного лимфотока в 5-10 раз. В дальнейшем, из-за механического сдавливания лимфатических капилляров лёгких, лимфоток снижается и начинается увеличение толщины интерстициального пространства. Иными словами, начинается интерстициальная фаза отёка лёгких, клинически соответствующая скрытому периоду отёка. Увеличение размеров интерстициального пространства ухудшает оксигенацию крови и способствует ещё большему снижению метаболической активности кровеносных капилляров лёгких.

(Окончание следует.)

В Москве прошло совместное заседание общего собрания Совета ректоров медицинских и фармацевтических высших учебных заведений и Совета деканов медицинских факультетов и директоров медицинских институтов государственных университетов Минобрнауки России.

«В 2015 г. по поручению министра здравоохранения РФ Вероники Скворцовой нами разрабатывались концепции по непрерывному, дистанционному и симуляционному образованию, а в 2016 г. всё это было необходимо применить на практике в наших вузах. В 2016 г. удалось запустить первичную аккредитацию по таким направлениям, как стоматология и фармакология. Сейчас идёт подготовка первичной аккредитации по остальным медицинским специальностям», – такими словами обратился к собравшимся председатель Совета ректоров медицинских и фармацевтических высших учебных заведений ректор Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова Пётр Глыбочко.

В.Скворцова, в свою очередь, напомнила, что главная цель государства – сохранение жизни и здоровья граждан и приумножение человеческого потенциала нации. И здесь стратегическая роль ложится на систему здравоохранения, а поставленные перед ней задачи требуют очень быстрой реализации. За первые 10 месяцев 2016 г., по данным Росстата, средний возраст женщин достиг 78 лет, мужчин – более 72. Во всех возрастных группах населения снижается смертность от всех основных причин. Особые достижения достигнуты в перинатологии – резко снижена материнская и младенческая смертность, этот показатель в два раза ниже, чем планировалось на 2020 г.

Сейчас в России создаётся трёхуровневая система здравоохранения с внедрением инновационных методов диагностики и лечения, информационных цифровых технологий, молекулярно-генетических и молекулярно-биологических подходов в медицине. И всё это требует от медицинского образования существенного развития. Фактически создаётся образовательно-отраслевой континуум, и перед медицинскими вузами стоят две задачи: обеспечить медицинской помощью труднодоступные территории, готовить медицинские кадры по потребностям каждого региона, а также применение непрерывного медицинского образования в течение всей профессиональной жизни врача.

За прошедший год резко повысился престиж медицинских специальностей – конкурс в вузах в среднем достиг 30 человек на место, а балл ЕГЭ оказался самым высоким по стране – 78, 91. Даже у тех, кто поступает по целевому набору, ЕГЭ был больше 68, что выше, чем в среднем по России для остальных «целевиков». И здесь себя хорошо зарекомендовала система интегрированного образования, которая начинается со школьной профориентации, специальных

Деловые встречи

Впереди – модульное образование

Что показало итоговое заседание Совета ректоров и Совета деканов медицинских вузов

медицинских и лицейских классов, предуниверсариев. Квота целевого приёма была увеличена и составила 56,8%, что на 2% выше, чем в 2015 г. Этот год позволил преодолеть дефицит подготовки врачей определённых специальностей в 2016 г. – онкологов, реаниматологов, психиатров благодаря тому, что в ординатуру тоже стали принимать «целевиков».

В 2016 г. впервые был запущен новый механизм допуска к профессиональной деятельности – трёхэтапный экзамен по двум специальностям. Показатель эффективности аттестации составил 95% у фармацевтов и 98% у стоматологов. Теперь все врачи будут сдавать такие экзамены: теоретический экзамен по персонифицированным вариантам, отобранным компьютером для исключения каких бы то ни было подтасовок, навыки и умения будут фиксироваться на видео, а третий экзамен предложит решить ситуационные задачи на клиническое мышление.

В настоящее время 65% всех рабочих мест врачей оснащены компьютерами и подключены к единым сетям, что позволило активно развивать Федеральный регистр деятельности медработников и использовать дистанционные и информационные образовательные программы. Каждый врач сможет выбрать индивидуальную траекторию профессионального развития.

В ближайшее время планируется перейти на модульное образование, которое может бесконечно повышать квалификацию специалиста, несколько «размывая» границы его специальности к смежным зонам здравоохранения. Созданы и интерактивные модули самообразования, которые зачитываются в кредитной системе непрерывного образования с оценкой КПД усвояемости знаний. Таких модулей сделано уже более 540, в 2017 г. их число достигнет тысячи. Они позволят решать ситуационные задачи, анализировать результаты всевозможных тестов.

А что будет с ординатурой, ведь в 2017 г. интернатура уже перестанет существовать? На этот вопрос министр здравоохранения ответила так: «Ординатура будет многоступенчатой и продлится от одного года до пяти лет в зависимости от медицинской специальности. Первый год станет аналогом интернатуры – фактически это обучение общей терапии и хирургии, тем



Выступает Вероника Скворцова

специальностям, которые позволяют ребятам подняться с должности участкового терапевта до специалиста общего терапевтического отделения районной больницы и ЦРБ. Самое длительное обучение будет у высокотехнологичных специалистов».

Сегодня работать в вузе становится престижно. Но кандидатов и докторов наук среди приходящих на эту работу молодых специалистов не очень много – всего 15-18%. «Та модель подготовки кадров, которая существует сейчас в виде аспирантуры – это третий уровень высшего образования», – заявила заместитель министра образования и науки РФ Людмила Огородова. В среднем на третьем году подготовки в аспирантуре защищаются только 24% специалистов. Но аспирантура должна быть связана с защитой диссертации. Для этого надо разработать модель «ординатура – аспирантура», которая будет рассчитана на 6-7-летнюю подготовку диссертации, и привязать её к научным фондам и грантам.

Первый заместитель министра здравоохранения РФ Игорь Каграманян в докладе «Приоритетные проекты развития здравоохранения РФ – основа повышения эффективности организации оказания медицинской помощи населению» сообщил о самых значимых направлениях в современной медицине. 25 октября 2016 г. были утверждены паспорта следующих приоритетных проектов: совершенствование организации медицинской помощи новорожденным и женщинам в период беременности и после родов, предусматривающих развитие сети перинатальных центров – проект

назван «Технологии и комфорт матерям и детям»; обеспечение своевременности оказания экстренной медицинской помощи гражданам, проживающим в труднодоступных районах, развитие санитарной авиации; совершенствование процессов организации медицинской помощи на основе внедрения информационной технологии, электронное здравоохранение; внедрение автоматизированного мониторинга движения лекарственных препаратов от производителя до конечного потребителя, защита населения от фальсифицированных лекарств и вывод их из оборота.

К 2018 г. планируется, что заработает 94 перинатальных центра, сейчас их 73 в 69 субъектах РФ. Ставится амбициозная задача достижения к 2018 г. дальнейшего снижения младенческой смертности. В трёх регионах, где перинатальных центров ещё нет, их функции будут выполнять ближайшие к ним центры. Здесь можно привести пример эффективного взаимодействия между Еврейской автономной областью и Хабаровским краем.

Основным критерием проектов станет экстренная госпитализация больных с жизнеугрожающими заболеваниями и оказание им помощи в течение первых суток. В 2015 г. этот показатель составлял 67%, сейчас ставится задача к 2025 г. достигнуть 90%. Это должно привести к снижению смертности среди населения, проживающего в труднодоступных районах. Предусмотрено дополнительное финансирование в размере 30,3 млрд руб. на закупку новых медицинских вертолётов отечественного произ-

водства, оснащённых современным медицинским модулем.

Председатель Комитета Государственной Думы РФ по охране здоровья Дмитрий Морозов озвучил собравшимся с докладом «Медицинская помощь детям в образовательных организациях. Законодательное регулирование». Эта тема, по мнению спикера, как никогда требует экспертной поддержки и тщательного подхода к школьной медицине. Ребёнок большую часть своей жизни проводит в школе, те же, у кого есть отклонения в здоровье, требуют отдельных условий, специального питания, иногда медицинского сопровождения.

В школах необходима своевременная вакцинация, создание системы охраны детского здоровья, сдача норм ГТО, диспансеризация и многое другое, чтобы действительно сформировать здорового молодого человека.

У администрации школы нет права не допускать к занятиям детей с явными признаками заболевания. А что делать, если у ребёнка хроническое заболевание, но из-за врачебной тайны руководство учебного заведения об этом не знает и может дать школьнику неадекватную для него нагрузку? В 2016 г. в нескольких городах (Новосибирск, Москва, Санкт-Петербург) это приводило к трагическим последствиям.

Примерно в половине школ и детских садов медицинские кабинеты либо отсутствуют, либо не отвечают санитарным нормам. Неудивительно, что инициатива по совершенствованию школьной медицины была одобрена Президентом РФ.

Также на заседании были рассмотрены вопросы проведения конкурса «Вуз здорового образа жизни» и XII Всероссийского фестиваля искусств с международным участием среди медицинских работников и студентов медицинских и фармацевтических вузов. Это большое мероприятие пройдет с 27 марта по 1 апреля в Рязани. Его организаторами, напомним, выступают Совет ректоров, Профсоюз работников здравоохранения РФ, редакция «Медицинской газеты». Положение о фестивале будет опубликовано в одном из ближайших номеров «МГ».

Вячеслав СВАЛЬНОВ,
корр. «МГ».

Москва.

Фото пресс-службы
Первого МГМУ им. И.М.Сеченова.

Опыт

Мастер-класс вертебрологов

Уроки малоинвазивных способов лечения

В Омском областном клиническом медико-хирургическом центре (КМХЦ) проведён мастер-класс для студентов Омского государственного медицинского университета «Современные подходы в минимально-инвазивном хирургическом лечении дегенеративных стенозов позвоночника». В нём, помимо врачей-вертебрологов Омска, приняли участие и их коллеги из других городов России. Основная цель мастер-класса – обмен опытом при малоинвазивных методах лечения стенозов позвоночника.

Современный малоподвижный образ жизни, недолеченные вовремя травмы во многом приводят к развитию заболеваний позвоночного столба. Например, стеноз позвоночника стал одним из самых

распространённых заболеваний. Поэтому тема прошедшего мастер-класса актуальна как никогда. Тем более что ещё 10 лет назад операции на позвоночнике были не только высокотравматичными

(для проведения необходимых манипуляций делался большой разрез до 30 см), но и послеоперационный период восстановления был довольно тяжёлым. Сегодня всё кардинально изменилось. Вертебрологами всё чаще применяются малоинвазивные методы лечения, когда делается небольшой разрез до 4 см. С помощью специальных инструментов хирурги видят на экране необходимый участок позвоночника и какие задачи им нужно решить во время операции.

Отделение вертебрологии КМХЦ – это ультрасовременное высокотехнологичное подразделение, одно из самых хорошо оснащённых в Сибири, а специалисты, которые работают здесь, – профессионалы в своём деле. Ежегодно они проводят более 400 сложных операций на позвоночнике. Большинство из них – малоинвазивные. Такой метод оперативного лечения позволяет минимизировать кровопотерю и травматизацию тканей, снизить риск травматизации крупных сосудов, уменьшить рубцово-спа-

ечные процессы после операции, существенно повысить скорость реабилитации пациента и решить ещё ряд задач.

Специалисты КМХЦ накопили многолетний положительный опыт лечения дегенеративных стенозов позвоночника. И в рамках мастер-класса поделились с коллегами из ведущих медицинских центров страны своим опытом. Две демонстрационные операции провели вертебрологи Артём Кривошеин, травматолог-ортопед высшей категории кандидат медицинских наук, и Станислав Казимирский, травматолог-ортопед I категории, совместно с Игорем Басанкиным (Краснодар) и Вадимом Бывальцевым (Иркутск).

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ.

МИА Сити!

Омск.

Вопросы терапии гепатитов не сходят со страниц как популярных, так и специализированных изданий. Это неудивительно: согласно статистике ВОЗ, гепатитом В и С в мире инфицированы 400 млн человек, что в 10 раз больше, чем людей, живущих с ВИЧ. Опасность дальнейшего распространения болезни очень высока: ожидается, что через 20 лет гепатит станет ещё более частой причиной смерти, то есть эпидемия может превратиться в пандемию. При этом сегодня только 1 человеку из 20 инфицированных известно, что он болен. Значит, существует необходимость повышать осведомлённость людей о рисках, связанных с гепатитами, о возможностях диагностирования болезни и методах её лечения. Эту задачу берут на себя, в первую очередь, медики.

В шаге от пандемии

Обсуждение темы «Вирусы гепатита В и С: опасность для здоровья человека и важность ранней диагностики для успешной терапии» привлекло внимание как общественности, так и специалистов-медиков.

Сообщение для них сделала доцент кафедры клинической лабораторной диагностики Российской медицинской академии последиplomного образования Наталия Ракова.

– Наибольшую угрозу для здоровья населения представляют вирусные гепатиты с парентеральным путём передачи (В, С и D), – заметила она. – Они приводят к хроническому гепатиту, который может перерасти в цирроз печени, а тот, в свою очередь, – в гепатоцеллюлярную карциному (ГЦК).

Симптомы, способы передачи и прогнозы у пациентов с гепатитом С практически такие же, как и с гепатитом В.

Согласно данным ВОЗ, каждый год около 4 млн человек заражаются гепатитом С, и около 130-150 млн человек являются хронически инфицированными.

Ранняя диагностика спасает здоровье

Первый доступный тест для выявления антител к вирусу гепатита В в крови человека был

разработан более 40 лет назад. Всё это время учёные и практики занимаются усовершенствованием тестов для диагностики и мониторинга гепатита, поскольку знать инфекционный статус необходимо каждому человеку во избежание передачи инфекции другим людям, находящимся в близком контакте.

Диагностика особенно важна для женщин, планирующих беременность, членов семей

И.М.Сеченова доктор медицинских наук Алексей Бугаев.

Среди путей снижения заболеваемости и распространённости вирусных гепатитов Владимир Чуланов считает важным выявление источника инфекции (программы скрининга), а затем учёт, наблюдение и контроль (регистр) пациентов и, конечно же, эрадикацию вируса, то есть лечение.

– Необходимо уделять внимание прерыванию возможных

пути «круглого стола» «Вопросы оказания медицинской помощи больным с вирусными гепатитами», который прошёл в рамках VII Всероссийского конгресса пациентов «Государство и граждане в построении пациенториентированного здравоохранения в России»...

– Ежегодно с 2009 г. в России выявляются 55-58 тыс. человек с хроническим гепатитом С, и только менее 15% из них получают

Медиков и пациентов беспокоит сокращение коечного фонда специализированных инфекционных стационаров и инфекционных отделений в многопрофильных стационарах и числа врачей-инфекционистов, недостаточный уровень компетенции в вопросе вирусных гепатитов у врачей амбулаторно-поликлинического звена, отсутствие преемственности «обследование – диспансерное наблюдение».

Итоги и прогнозы

«Вирусная бомба замедленного действия»

Под таким названием у авторитетных специалистов ВОЗ проходит гепатит С

инфицированных людей, работников сферы здравоохранения, людей, которым часто требуется кровь и продукты крови, больным, которым была проведена трансплантация органов, людей, совершающих поездки или проживающим в странах с высокими показателями распространения гепатита, а также для потребителей инъекционных наркотиков и тех, чьё сексуальное поведение принято называть рискованным.

– Знание о наличии заболевания позволяет управлять его течением, – комментирует Н.Ракова.

Из фатальных заболеваний – в излечимые

Так можно ли вылечиться от гепатита С? Каковы глобальные прогнозы на этот счёт и что делается у нас в стране?

Об этом на пресс-конференции «Гепатит С в фактах и цифрах» рассказали заведующий лабораторией вирусных гепатитов Центрального научно-исследовательского института эпидемиологии, руководитель референс-центра по мониторингу за вирусными гепатитами Роспотребнадзора, доктор медицинских наук, профессор Владимир Чуланов и профессор Первого Московского медицинского университета им.

путей передачи за счёт повышения осведомлённости населения, работы с группами риска, а также обеспечения безопасности в медицинских и немедицинских организациях, – говорит он.

Что же касается лечения, то сегодня медики говорят с уверенностью: гепатит С излечим! По словам А.Бугаева, это стало возможным благодаря внедрению в клиническую практику целого ряда противовирусных препаратов прямого действия. Комбинации этих препаратов воздействуют на вирус на разных этапах его жизненного цикла. Согласно данным клинических исследований, их эффективность, как правило, превышает 90% и демонстрирует хороший профиль безопасности.

Стратегический план борьбы

Большая вероятность ранней инвалидизации и преждевременной смерти больных в трудоспособном возрасте определяют высокую социальную значимость хронических вирусных гепатитов и необходимость принятия неотложных мер по предотвращению последствий заболевания и, как итог, сокращение ущерба экономике страны. К такому выводу пришли участ-

лечение. В результате в стране не уменьшается количество инфицированных, – отметила в своём выступлении главный специалист по инфекционным болезням Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор Ирина Шестакова. Однако она уверена: – Если максимально охватить терапией пациентов и ежегодно лечить хотя бы тысячу человек от каждого субъекта РФ, то мы переломим ситуацию по гепатиту С к 2020 г.

И.Шестакова отметила, что в России назрела необходимость разработки комплексной программы борьбы с вирусными гепатитами в РФ, аналогичной Государственной стратегии противодействия распространению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации на период до 2020 г. и дальнейшую перспективу. Назрела потребность принять закон, который бы урегулировал вопрос оказания медицинской помощи при социально значимых инфекционных заболеваниях.

В рамках «круглого стола» обсуждался вопрос важности создания единого регистра пациентов с вирусными гепатитами по всем субъектам РФ, который позволит посчитать инфицированных, виды терапии и сформировать бюджет на лечение пациентов.

Особое внимание на «круглом столе» было уделено вопросам важности своевременной диагностики, маршрутизации пациентов для оказания специализированной помощи, а также вакцинопрофилактики.

Всемирная организация здравоохранения, назвав гепатит С «вирусной бомбой замедленного действия», приняла в мае 2016 г. первую в истории «Глобальную стратегию сектора здравоохранения по борьбе с вирусными гепатитами на 2016–2021 гг.». Ключевыми подходами являются: расширение программ вакцинации от гепатита А, В и Е; упор на предотвращение передачи гепатита В от матери ребёнку; повышение безопасности инъекций, крови и хирургических вмешательств; снижение вреда для потребителей инъекционных наркотиков; расширение доступа к лечению гепатита В и С.

Реализация этих задач должна привести к 2020 г. к ежегодному уменьшению новых случаев гепатита В и С на 30% и сокращению смертности на 10%, а также к обеспечению лечением не менее 80% больных.

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Москва.

Точка зрения

Из-за высокого интереса к заявленной теме и плачевного состояния кошелька россиян в очередной кризис хочу внести некоторую ясность в вопрос о целесообразности лечения на рекламируемых «умных» тракционных столах.

Всё, что рассказывают об этих столах работающие на них врачи, представляющие те или иные медицинские центры, вероятнее всего, – правильно. Но ничего не говорится о том, что напряжение глубоких мышц позвоночника будет постоянно формироваться в тех участках, где межпозвоночные диски постоянно уплощены, то есть необратимо дегидратированы. Другими словами: мы снимем рефлекторное напряжение мышц в нестабильном участке, а оно через короткое время снова накопится. Ведь мышцам приходится держать позвонки в заданных границах не только за себя, но и за слабенький, уплощённый диск.

Так что же людям предлагается? Раскошеливаться на пожизненное посещение рекламируемых ме-

дицинских центров? Слава богу, что консервативное лечение, в отличие от хирургического, имеет высокую взаимозаменяемость применяемых методов лечения с одним и тем же полезным выходом! Иными словами, тот же самый эффект можно получить, не выходя из дома, в прямом смысле слова за копеечную цену. Пусть с небольшим опозданием, но всё же получить!

Как тот же панариций, например, можно лечить бригадой хирургов в дорогой клинике, а можно – солевыми повязками у себя дома. Причём с абсолютно тем же эффектом. И лечение болей в спине, независимо от того, есть ли у вас грыжа, не является в том исключением.

Прицельное растяжение позвоночника возможно и без этих

механизмов. А с помощью растягивающих гимнастических упражнений и несложных предметных опор под разные его участки и в итоге получить тот же результат. Только надо показать как! Вот где камень преткновения! А почему эти простые «рецепты» скрыты от врачей и их пациентов за семью печатями, думаю, объяснить не надо...

И теперь несколько слов о положительной МРТ-картине в ответ на вытяжение. Если кто-то надеется, что в ответ на вытягивающее усилие «умного» стола его грыжа как-то втянется или исчезнет, хочу предупредить, что подобные метаморфозы возможны лишь с теми межпозвоноковыми дисками, которые ещё не потеряли своей здоровой упругости, что полно-

стью исключает из этого списка диски с грыжевидными протрузиями и грыжами. Наблюдаемые в них сдвиги настолько микроскопичны, что какого-либо значимого клинического эффекта от этого «вправления» ожидать не надо. Тем более если помнить, что причина болей и иных осложнений кроется не столько в грыже, сколько в отёке, вызванном свежим повреждением диска и рефлекторным напряжением окружающих больной участок глубоких мышц, затрудняющим выброс ими из канала венозной крови!..

Ведь огромное количество людей ходят не с одной, а с несколькими грыжами, которые также, замечу, дают и также натягивают. Но отёка нет, и боли у них нет... Живут эти люди, ра-

ботают, занимаются комфортным спортом...

Ну а что касается мануальных терапевтов, скручивающих такие «заржавелые» мышечные «гайки», следует помнить, что, конечно же, надо сторониться бесшабашных любителей костного музыкального хруста, вносящих дурную статистику в лечение болей в спине, играющим на руку тем, кто хочет подменить горячие руки врача на бездушное железо.

Надеюсь этой публикацией хоть как-то умерить пыл моих коллег, берущих с бедных россиян за свои совсем не эксклюзивные услуги весьма немалые суммы, а также образумить страждущих.

Андрей ДОЛЖЕНКОВ,
врач-вертеброневролог.

Екатеринбург.

По замкнутому кругу

Целесообразно ли вытяжение позвоночника на рекламируемых «умных» столах?

На последнем в 2016 г. заседании президиума Российской академии наук, состоявшемся в самый канун новогодних праздников, обсуждалась отнюдь не праздничная тема распространения ВИЧ-инфекции в мире и в нашей стране. Как следует уже из названия, доклад руководителя Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом академик РАН Вадим Покровский «Эпидемия ВИЧ/СПИДа – вызов российской науке» призван был не просто проинформировать аудиторию о статистике заболеваемости и сложностях лечения больных, а пробудить в научном сообществе исследовательский азарт, результатом которого стало бы создание в российских лабораториях по-настоящему эффективных способов противостояния этой особо опасной инфекции.

Академик В.Покровский с сожалением констатировал, что многолетние попытки изучить суть и особенности вируса иммунодефицита человека так и не привели к ожидаемым результатам. Подтверждением этому является то, что случаев полного выздоровления ВИЧ-инфицированных в мире на сегодняшний день не зафиксировано, а распространённость инфекции и смертность от неё растут. В России этому в значительной мере способствуют превратные и стереотипные представления людей о путях заражения ВИЧ. В то время как большинство россиян до сих пор убеждены, будто

Из первых уст

ВИЧ морозов не боится

Он по-прежнему бросает вызов науке

ВИЧ-инфекция – удел инъекционных наркоманов и гомосексуалистов, 75% зарегистрированных больных инфицированы половым путём в результате незащищённых гетеросексуальных контактов.

По данным, представленным В.Покровским, только за минувший год в мире зарегистрировано 2,1 млн новых случаев заражения ВИЧ, а около миллиона человек скончались от СПИДа. В общей сложности 36 млн человек в мире сегодня являются ВИЧ-носителями, в том числе до 1,5 млн человек – в России. И, согласно прозвучавшему прогнозу, перемен к лучшему пока ждать не приходится, темп распространения инфекции в нашей стране будет нарастать. «Одинаково страшен мороз и для СПИДа, и для Бонапарта», – когда-то пели российские барды, подвергая сомнению вероятность эпидемии ВИЧ-инфекции в нашей стране. Как же они ошибались... ВИЧ не просто перешёл границу России, но уже стал главной причиной смерти от инфекционных заболеваний. По данным Росстата, на которые ссылается докладчик, 34 тыс. россиян умерли за 2015 г.

от инфекционных заболеваний, и 45% от этого числа погибли от ВИЧ.

– Число людей, умерших в мире от ВИЧ за 30 лет, сопоставимо с потерями человечества в двух мировых войнах XX века. А те публикации, в которых заявляется, что эпидемия ВИЧ побеждена, дезориентируют и общественность, и лиц, принимающих решения, – констатировал В.Покровский.

По поводу «лиц, принимающих решения», академик В.Покровский подчеркнул, что в России нет ни одной инициированной государством целевой научной программы по изучению ВИЧ-инфекции, которая к тому же была бы в достаточной мере профинансирована. В качестве приоритетных направлений исследований докладчик перечислил следующие: возможность активации иммунного ответа организма на проникновение вируса иммунодефицита, в частности роль Т-клеток в этом процессе; разработка терапии ВИЧ-инфекции, основанной на использовании нейтрализующих антител к вирусу; редактирование генома человека с применением



Вадим Покровский

многообещающей молекулярной системы CRISPR/CAS9.

В.Покровский считает, что необходимо разработать стратегию развития научных исследований по проблеме ВИЧ/СПИДа, которая предусматривала бы помимо собственно биологических и медицинских также социологические и психологические исследования, учитывая особенности восприятия проблемы ВИЧ населением нашей страны. Кроме того, крайне важны

биотехнологические исследования в кооперации с отечественной фармпромышленностью, что подразумевает создание и производство оригинальных противовирусных препаратов и вакцин. Последнее весьма актуально, поскольку, подчёркивает докладчик, на сегодняшний день обеспечить эффективную противовирусную терапию всех ВИЧ-инфицированных россиян не получается из-за недостаточного финансирования и высокой стоимости зарубежных фармпрепаратов.

Выступая в поддержку академика В.Покровского, члены президиума РАН высказались за формирование в России комплексных научно-исследовательских программ по изучению ВИЧ-инфекции, практическим результатом которых должна стать разработка эффективных способов и средств борьбы с ней. Иными словами, российская наука готова принять вызов эпидемии ВИЧ/СПИДа. Готово ли государство «заказать» и адекватно профинансировать научный поиск?

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Мнение

О том, как это важно, шла речь на научно-практической конференции «Ребёнок в ситуации тяжёлого заболевания: практика психосоциальной реабилитации», которая прошла на базе детского оздоровительно-реабилитационного центра «Шереметьево», названного по имени реки, протекающей во Владимирской области, где он и находится. В работе конференции приняли участие врачи, педагоги, эксперты в области детской психологии, руководители благотворительных фондов из Москвы, Оренбурга, Калининграда, Санкт-Петербурга, Курска, Твери. В ходе её участники обсудили различные аспекты данной проблемы.

инструмент ранней реабилитации пациента во время пребывания в стационаре лечебного учреждения, стараясь вовлекать детей в процесс обучения, не давая им «уйти в болезнь».

Профилактике психоэмоционального выгорания врачей и медицинских сестёр, работающих с такими пациентами, было

Проблемы и решения

Кишка не тонка

Если грамотно учитывать роль микробиоты в патогенезе заболеваний

В Москве прошла XXI Всероссийская научно-практическая конференция «Кишка 2016. Воспаление, моторика, микробиом. Клинические рекомендации и врачебная практика».

На открытии форума выступил заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, главный гастроэнтеролог Минздрава России, президент Российской гастроэнтерологической ассоциации (РГА), академик РАН Владимир Ивашкин с сообщением «Роль микробиоты в патогенезе заболеваний желудочно-кишечного тракта».

– Чем больше выражена вариабельность микроорганизмов, тем эффективнее микробиота, – заявил В.Ивашкин. – Уменьшение микробного разнообразия – это фактор риска. Состав микробиоты каждого здорового человека уникален.

Академик В.Ивашкин уделил внимание и воспалительным заболеваниям кишечника. По его словам, их терапия очень дорогостоящая, при этом арсенал медикаментов невелик. Нет понимания, почему те или иные препараты являются более либо менее эффективными.

– Для поддержания ремиссии хронической кишечной патологии используется множество препаратов, – отметил Владимир Трофимович. – В частности, терапия иммуномодуляторами при хронической патологии органов ЖКТ должна длиться 4-6 месяцев. Частая врачебная ошибка – преждевременная отмена препаратов или неоправданное снижение дозировки. По всей вероятности, через какое-то время для нас станет рутинной оценка профиля микробиоты. Мы сможем давать нашим пациентам более конкретные рекомендации. Станет легче подбирать наиболее

эффективные препараты в каждом отдельно взятом клиническом случае. Получим возможность измерять структуру микробиоты, сможем оценивать риски развития хронических, вирусных и инфекционных заболеваний, сепсиса.

Профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней Первого МГМУ Аркадий Шептулин познакомил слушателей с Римскими критериями функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта.

– В мае этого года в ходе американской гастроэнтерологической недели были обнародованы новые Римские критерии функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта IV пересмотра. Прежде всего, сам термин «функциональные расстройства ЖКТ» признан не совсем точным. Некоторые критерии слишком просты и упрощают картину заболевания. Трудно на их основе идентифицировать группы болезней. Этот термин заменён другим определением – «нарушения взаимодействия оси головной мозг – желудочно-кишечный тракт». На мой взгляд, эта замена не очень успешна, – сказал А.Шептулин.

– Термин «функциональные расстройства» слишком глубоко вошёл в понимание больных и врачей. Нарушения взаимодействия оси головной мозг – ЖКТ представляют собой группу расстройств, которая классифицируется в зависимости от наличия определённых симптомов, – пояснил В.Ивашкин. – В ряде случаев изъятие данного термина оказалось невозможным. Изменены некоторые величины, касающиеся частоты возникновения симптомов. Термин «дискомфорт в желудке» вообще изъят и заменён понятием «боль».

Иван МАГЕР,
корр. «МГ».

Что такое «победа над болезнью»?

Надо не только вылечить, но и вернуть к активной жизни

– Победа над болезнью ещё не означает возвращение к жизни. Что нужно сделать, чтобы ребёнок после длительного лечения не просто вернулся домой, а вернулся в школу, к своим друзьям, увлечениям – словом, вернулся в общество и заново научился в нём жить? На таких конференциях мы обмениваемся с коллегами – врачами, учителями, представителями общественности – опытом, – отметил руководитель реабилитационных программ благотворительного фонда «Шереметьево» Владислав Сотников.

– Одним из самых тяжёлых, с психологической точки зрения, диагнозов для ребёнка и его родителей является, конечно, онкологический, особенно в подростковом возрасте. Ребёнок учится, к чему-то стремится, имеет определённые спортивные или иные достижения – и в один час понимает: на всём, чем он занимался раньше, можно поставить крест, – рассказала учитель школы в Федеральном на-



учно-клиническом центре детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачёва и Российской детской клинической больницы Елена Кузнецова, выступившая с докладом о формировании профессионально-ориентированных перспектив в процессе обучения длительно болеющих детей. – По мнению врачей, в частности академика РАН Александра Румянцева, реабилитацию необходимо начинать как можно раньше. Основная деятельность любого ребёнка – учёба, поэтому мы рассматриваем школу как мощнейший

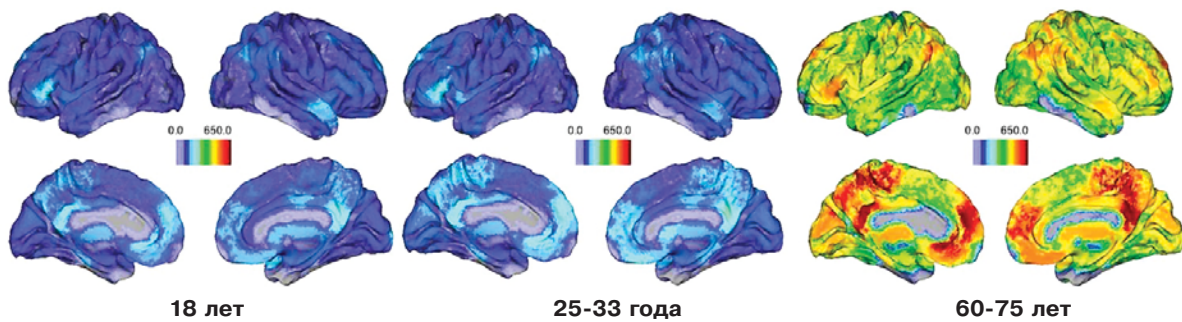
посвящено выступление сотрудников НИИ детской онкологии и гематологии Российского онкологического научного центра им. Н.Н.Блохина. До 80% специалистов, занятых лечением онкопатологии, подвержены синдрому эмоционального выгорания, что связано с огромной ответственностью за жизнь пациентов, длительным пребыванием в поле отрицательных эмоций (страдания, боль, отчаяние), невозможностью в некоторых случаях оказать помощь больному и т.д.

А представители Уральского государственного медицинского университета представили на конференции опыт работы студентов вуза в качестве волонтеров реабилитационного центра, подчеркнув, что участие студентов-медиков в программах психосоциальной реабилитации детей, перенёвших тяжёлые заболевания, помогает сформировать у будущих врачей профессиональные знания и практические навыки.

Валентина ЕВЛАНОВА,
корр. «МГ».

Ракурс

Исследования мозга



Изменения в мозгу людей разного возраста

В распоряжении учёных имеются томографы, позволяющие видеть активность в мозгу, манипулирование генами нервных и иных клеток мозга, породившего оптогенетику, «окрашивание» их с помощью флюоресцентных белков, а также клеточные культуры и даже 3D-«органоиды», или миниатюрные мозговые образования. И это на фоне всё ширящегося «вторжения» микроэлектроники и компьютерной техники, что дало возможность вводить микроэлектроды не только в нейроны, но даже и белковые каналы, по которым идут активирующие и «успокаивающие» клетки ионы.

Эмбриологи академического медицинского центра в Амстердаме показали в своём 3D-цветном атласе (реконструкция на базе 15 тыс. картинок-имиджей развивающегося зародыша), что по сравнению со «старыми» структурами мозга развитие полушарий у плода начинается довольно поздно. Они становятся заметными на 10-й неделе беременности, когда зародыш достигает длины 16 мм.

Относительно давно МРТ показала возрастную динамику нейрональной плотности в коре головного мозга, за главенствующую роль которой ратовал И.Павлов. Оказалось, что максимальное число нервных клеток в коре достигается к 5-7 годам, после чего она только уменьшается. Учёные, сделавшие это необычное для того времени наблюдение, полагали, что мозг в своём развитии «закладывает» максимально возможные клеточные ресурсы, чтобы затем компенсировать естественное убывание нейронов по ходу жизни. Позже открыли, что в мозгу есть нервные стволовые клетки, которые, пусть и в недостаточной мере, но все «подпитывают» клеточный пул, который благодаря этому

поддерживает свою плотность на протяжении всей жизни.

А потом пришёл вариант функциональной МРТ, позволивший увидеть не только активные и покоящиеся участки коры испытуемых и обследуемых, но и пути между функциональными участками мозга, образуемые отростками нервных клеток. Так родилось понятие коннектома, или совокупность «коннекций», связующих участки, или «поля» коры и подкорковых образований. Компьютер «окрашивает» соединительные пути в разные цвета, что позволяет даже неискушённому человеку понять, что к чему.

В Принстонском университете, что в штате Нью-Джерси между Филадельфией и Нью-Йорком, «окрасили» участки коры и связывающие их пути, определив тем самым у 77 человек в возрасте 18-75 лет точные границы фасеток, составляющих корковую мозаику. Испытуемым предлагали три умственных, или когнитивных задачи, в том числе и на «память», а также определяли картину мозга в покое. Затем учёные решили вернуться к более раннему исследованию, упомянутому выше. Перепроверка потребовала увеличения числа добровольцев до 95 и выбора только памяти в качестве основной модальности работы.

Сравнение возрастных групп показало, что при увеличении числа прожитых лет происходит «дробление» функциональных групп и связей между ними и их измельчение. Это, по всей видимости, объясняет хорошо известный факт, что пожилые люди теряют возможность сосредоточиться на том или ином предмете или идее, легко теряют нить рассуждений и т.д. Возможно, что возрастные изменения связаны с сосудистыми нарушениями (атеросклероз), аутоиммунными «атаками» на миелиновые оболочки нервных отростков и многим другим.

Тем самым показано, что память весьма варьируется у разных людей, одни из которых легко запоминают различные формулы, а другие читают «Евгения Онегина» наизусть. Но исследование памяти почти у сотни человек с помощью функциональной МРТ показало, что независимо от индивидуальных особенностей возраст оказывает своё действие на всех, в возрастающей степени «дробя» корковые структуры и их коннектом.

И.Павлов, получивший Нобелевскую премию за исследования пищеварения (он без антибиотиков проводил уникальные операции, вставляя собакам трубки-фистулы), переключился затем на рефлекс и мозг, представлявший собой долгие десятилетия и после него таким чёрным ящиком. Учёный умер в начале 1936 г., а в 1950-м была проведена печально знаменитая сессия – след за лысенковской 1948 г., – мало имевшая отношения к нейробиологии. Павлов в голодном 1918 г. спасался от голода чтением лекций, одна из которых называлась «Об уме вообще и о русском в частности», в которой говорил о том, что русская мысль не приемлет критики метода и не обращает внимания на значение слов. Трудно сказать, пояснял ли сам лектор смысл латинского «критика» и греческого «метод» – ходящий следом, – но это не так уж и важно, поскольку методов исследования мозга 100 лет назад попросту не было (не считая же таковым «нарезку» того, что осталось от мозга Ленина, с последующим окрашиванием срезов и хранением их в специально созданном институте, для чего в Москву был выписан немец О.Фогт).

Игорь ЛАЛАЯНЦ,
кандидат биологических наук.

По материалам
Computational Biology, Science.

Эксперименты

Учёные из Университета Роял Холлоуэй в Лондоне (Великобритания) утверждают, что вирусы способны эволюционировать таким образом, что становятся более агрессивными у мужчин, чем у женщин. Таковы выводы исследователей.

По словам учёных, это может объяснить тот факт, почему Т-лимфотропный вирус человека типа 1 (HTLV-1) чаще прогрессирует в Т-клеточный лейкоз-лимфому у японских мужчин, чем у женщин, но в одинаковой степени поражает представителей обоих полов в

По гендерному принципу

Зачастую различие в показателях смертности от инфекционных заболеваний между полами связывают с более сильной иммунной системой у женщин. В рамках исследования учёные обнаружили, что к эволюции патогенных микроорганизмов с разной степенью вирулентности у мужчин и женщин может привести различие в путях передачи вируса: женщины могут передать вирусную инфекцию ребёнку во время беременности, родов или грудного вскармливания.

В своей работе исследователи использовали математическое моделирование, чтобы показать, что естественный отбор благоприятствует патогенным микроорганизмам, которые поражают женщин в меньшей степени, до тех пор, пока они могут передаваться от матери к ребёнку.

Исследователи объясняют это тем, что в Японии женщины кормят грудью детей гораздо чаще и дольше, что даёт вирусу возможность эволюционировать, чтобы стать менее опасным для женщины, но повышает риск заражения ребёнка.

В исследовании подчёркивается важность проведения клинических испытаний среди представителей обоих полов, а не преимущественно мужчин, отмечает биолог-эволюционист в Университете Тулузы (Франция) Дэвид Дюно. «Паразитирующие организмы ведут себя по-разному у мужчин и женщин, поэтому мы должны знать, как это происходит в обоих случаях», – сказал он.

Марк ВИНТЕР.

По материалам журнала
Nature Communications.

Гипотезы

Миф о клюкве

Клюкву, клюквенный сок и другие продукты из этой ягоды часто рекомендуют для профилактики инфекционных заболеваний мочевыводящих путей. Считается, что содержащиеся в клюкве вещества меняют кислотность в мочевом пузыре и мочевыводящих путях, и болезнь не развивается, даже если вызывающие её бактерии уже попали в организм. Однако новые исследования доказывают, что это не так – на примере более 100 женщин из домов престарелых, где такие заболевания достаточно распространены.

Научной работой руководила Маниша Джутани-Мехта из Йельского университета (США). Прежде всего, она и её коллеги изучили опубликованные ранее данные и выявили, что они достаточно противоречивы. Одни исследования показывали, что клюква эффективна, другие – в том числе проведённый в 2012 г. анализ 24 статей – напротив, свидетельствовали о том, что если эффект от этой ягоды есть, то он довольно небольшой, и, следовательно, рекомендовать её для профилактики заболеваний нельзя. Группа доктора М.Джутани-Мехты решила провести собственные изыскания.

Участницами их исследования стали 185 женщин из различных домов престарелых, однако в конце осталось только 147 женщин. У 31% участниц из первоначального состава проблемы с мочевыводя-

щими путями были отмечены ещё до начала работы – в их моче были найдены бактерии и гной. Всех женщин случайным образом разделили на две группы, одной из которых предложили ежедневно выпивать по две капсулы, содержащие около 36 мг проантоцианидина, активного компонента клюквы. Вторая группа употребляла капсулы с плацебо.

По итогам исследования выяснилось, что у участниц из обеих групп концентрация бактерий в моче не изменилась, смертность была примерно одинаковой и количество обострений заболеваний также не отличалось. Таким образом, миф об эффективности клюквы был в очередной раз разрушен.

Герман АКОДИС.

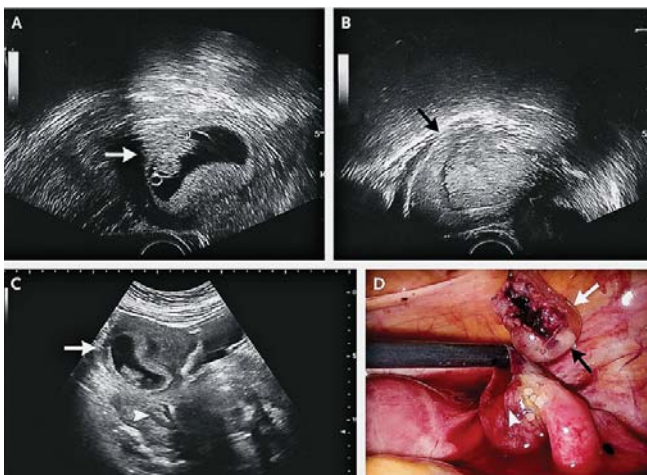
По сообщению CNN.

Ситуация

Внематочная и внутриматочная беременность у одной женщины. Образы патологии

Женщина 34 лет поступила в отделение неотложной терапии по поводу острой боли в животе в течение 45 минут.

Последняя менструация – 9 месяцев назад. Беременность внутриматочная 8 недель гестации, диагностированная её гинекологом при УЗИ (рис. А, стрелка). При обследовании отмечена гипотензия, тахикардия и значительная болезненность в правом нижнем квадранте передней брюшной стенки. Трансвагинальное УЗИ выявило объёмное образование в области придатка размером 4 x 4 см (рис. В, стрелка) и внутриматочную беременность (рис. С, стрелка), а также свободную жидкость в перитонеальной полости (рис. С, головка стрелки), что свидетельствовало об эктопической беременности. Была выполнена ургентная лапароскопия. При лапароскопии (рис. D) были обнаружены: разрыв правой фаллопиевой



трубы, эктопическая беременность (головка стрелки), интактный гестационный мешок (белая стрелка) и эмбрион (чёрная стрелка). Кроме того, обширный гемоперитонеум с активным кровотечением из места разрыва фаллопиевой трубы. Была выполнена сальпингэктомия.

Как отмечают авторы сообщения S.Goettler, R.Zanetti-Dällenbach (Университетская больница города Базеля, Швейцария), внематочная беременность редко сочетается с одновременной внутриматочной. Частота внематочной беременности при нормальном способе зачатия составляет 1 на 30 тыс. беременностей. В этом случае внутриматочная беременность оставалась интактной, и родилась в срок здоровая девочка.

Рудольф АРТАМОНОВ,
профессор.

По материалам New England Journal of Medicine.

Дословно

Мигрень: дело в реактивности

Взгляд российских учёных на одну из «болезней века»



Учёные из Санкт-Петербургского национального исследовательского университета информационных технологий, техники и оптики (ИТМО) и Алмазовского центра пытаются объяснить природу одного из самых распространённых неврологических заболеваний – мигрени. Они выяснили, что от здоровых людей мигреников отличает повышенная реактивность сосудов – стенки артерий сужаются и расширяются быстрее обычного.

Каждый человек хоть раз в жизни испытывал сильную головную боль из-за плохой погоды или усталости. Однако в большинстве случаев достаточно принять анальгетик, и боль уходит. Другое дело – мигрени, страдающие от хронических головных болей, которые уже не снять с помощью таблеток. Приступы мигрени часто сопровождаются тошнотой, рвотой, проблемами со зрением и чувствительностью и могут длиться до нескольких суток. При этом среди учёных пока нет единого мнения о том, каковы механизмы возникновения этого заболевания, поэтому нет и эффективных препаратов, которые могли бы полностью избавить от мигрени.

Учёные из Университета ИТМО, Северо-Западного федерального медицинского исследовательского центра им. В.А.Алмазова, Первого Санкт-петербургского государственного медицинского университета им. И.П.Павлова и Казан-

ского федерального университета предположили, что мигрень – это следствие не только нарушений нервной системы, но и проблем с кровоснабжением. С участием добровольцев они провели ряд тестов, оценивающих автономную регуляцию кровообращения. Для испытаний были приглашены 73 человека, страдающих мигренью, и 71 здоровый человек в возрасте около 35 лет. В ходе тестов оценивался широкий спектр кардиологических показателей, многие из которых, как выяснилось, не влияют на наличие мигрени.

«К примеру, сердечная регуляция у обеих групп одинакова, – отметил Олег Мамонтов, ведущий автор исследования и старший научный сотрудник лаборатории физиологии кровообращения Алмазовского центра. – Вместе с тем мы обнаружили, что у мигреников повышена вазомоторная реактивность сосудов, что согласуется с результатами ряда аналогичных работ».

Необходимо заметить, что реактивность сосудов – довольно широкое понятие. При этом наиболее часто она проявляется в спазмах артерий и реже – в их расширении. Дело в том, что каждый кровеносный сосуд тёмным образом связан с периферической нервной системой, которая поддерживает сокращение сосудов независимо от воли человека. Именно она согласованно передаёт пульсации по всему телу. Если по какой-то причине эта согласован-

ность нарушается, то возникают серьёзные заболевания, одним из которых, по мнению учёных, может быть мигрень.

О реактивности сосудов можно также судить по ответу организма на внешнюю среду – например, на холодовой стресс. Новое исследование природы мигрени стало частью большого проекта по созданию оптического прибора, который позволит дистанционно диагностировать нарушения кровообращения.

«Когда кровь пульсирует в живом организме, отражение света от кожи также изменяется. Это изменение особенно заметно по краснеющим щекам человека, вышедшего из тёплого помещения на мороз. Невидимые глазу сдвиги в пульсации крови можно отследить с помощью обычной камеры, а затем обработать видеозапись в специальной программе, – подчеркнул Алексей Камшилин, старший научный сотрудник кафедры компьютерной фотоники и видеоинформатики Университета ИТМО. – Такая методика называется фотоплетизмографией, и с её помощью можно будет определить разницу пульсаций в артериях, наполняющих мозг кровью, и, вероятно, диагностировать мигрень».

Как известно, в большинстве случаев во время приступа мигрени болит только половина головы, причём иногда боль переходит из одного полушария в другое. Это может быть связано с тем, что у людей с мигренью кровоснабжение мозга происходит неравномерно.

«В норме у здорового человека кровь поступает к головному мозгу одновременно с обеих сторон, по правой и левой общей сонной артериям, и аналогичным образом – по позвоночным артериям, – сказал А.Камшилин. – Наши предыдущие эксперименты показывают, что у мигреников пульсации крови на правой и левой стороне происходят асинхронно. Наша исследовательская группа продолжит работу над проектом, необходимо увеличить набор статистических данных. Как подбор пациентов, так и работа с ними достаточно трудоёмки. Мы бы получили невероятно ценную информацию, если бы нам удалось зафиксировать состояние мигреника во время приступа, однако не все на это согласны».

Идеи

Исследователи Калифорнийского университета в Ирвайне (США) объявили о разработке универсального противоядия против укуса большинства змей. Новое вещество на молекулярном уровне нейтрализует частицы змеиного яда, независимо от его химического состава. Сыворотка, отмечают учёные, также будет эффективна для борьбы с токсинами скорпионов, пауков, пчёл и других ядовитых существ.

фармацевтических компаний, что приводит к дефициту противоядий. Кроме того, такие препараты должны храниться в специализированных холодильниках, что ещё больше затрудняет доступ к ним на отдалённых территориях.

Команда Калифорнийского университета под руководством химика Кена Ши собрала множество различных полимерных микроблоков, выполняющих различные химические функции, а затем соединила их в наноструктуры. Именно они

Коктейль «Антизмей»

Из-за отсутствия такого универсального антидота более 100 тыс. человек ежегодно умирают от укусов змей. Каждый год змеи кусают около 4,5 млн человек, из которых почти 3 млн получают серьёзные травмы, часто приводящие к потере конечности. Такие потери вызваны тем, что почти все случаи змеиных укусов происходят в сельской местности, где нет клиник, укомплектованных противоядиями разного типа, и, кроме того, во многих случаях жертвы получают неправильный антидот.

В настоящее время сыворотка производится из веществ, получаемых путём введения животным небольшого количества разбавленного яда от конкретной змеи. Иммунная система животного вырабатывает смесь антител, после чего их отделяют от крови и превращают в лекарство.

Данный процесс является трудоёмким и дорогим, а следовательно, невыгодным для крупных

послужили исходным материалом для получения кластеров белков, способных выполнять реакции нейтрализации широкого спектра. Лабораторные испытания кластера первого вида закончены, эксперименты на животных начнутся в следующем месяце. Если они окажутся успешными, то к существующим комплексам будут добавлены следующие кластеры белков, расширяющие спектр действия сыворотки ещё больше.

«В конечном итоге мы приготовим коктейль, после которого человек сможет противостоять большинству белковых токсинов, – пояснил К.Ши. – Такой коктейль будет состоять из синтетических полимеров, его производство будет намного дешевле нынешнего, и его не нужно будет хранить в холодильнике. Это может оказаться хорошим подспорьем врачам удалённых районов, которым необходимо быстро ввести противоядие, и наверняка спасёт несколько тысяч жизней».

Однако

Чем грозит выход из ЕС

Выход Великобритании из Европейского союза может негативно сказаться на фармрынке страны – в результате отделения от общеевропейской системы одобрения лекарств британцы могут лишиться доступа к инновационным препаратам. Такой прогноз в своём докладе сделал британский политик Стивен Доррел, который в 90-е годы в парламенте отвечал за работу с Национальной службой здравоохранения (NHS), а в 2010-2014 гг. возглавлял Комитет по здравоохранению в палате общин.

«Стремление покинуть ЕС может привести к тому, что естественно-научная индустрия Великобритании утратит свои позиции и отойдёт на второй план. У нас есть простой выбор: мы или полностью участвуем в

мировом научном сообществе, или предпочитаем этому национальные интересы Великобритании», – говорится в докладе.

Согласно прогнозу С.Доррела, поскольку в случае выхода Великобритании из ЕС страна будет отрезана от общеевропейского рынка лекарств, производителям придётся выбирать, где в первую очередь регистрировать препараты – в ЕС, где этим занимается единое агентство, или в Великобритании. Поскольку рынок ЕС в разы больше (в странах союза проживают 500 млн человек), фармкомпании предпочтут сначала вывести препараты на него, получив одобрение у Европейского агентства лекарственных средств (EMA), и только потом займутся регистрацией препаратов в Великобритании, которой придётся вводить свою систему регистрации лекарств.

Ну и ну!

Один из священнослужителей в Южной Африке, пастор Летебо Рабалаго, общается со своими прихожанами с применением не совсем обычных методов. Провозгласив себя пророком, священник из Лимпопо «исцеляет» болезни людей с помощью средства от насекомых под названием «Doom» (в переводе с английского это слово означает «роковой конец»). Сам мужчина заявляет, что таким образом он благословляет свою паству, и утверждает, что с верой в бога его средство способно излечить рак и ВИЧ.

Первыми о странном священнике узнали пользователи социальной сети Facebook, в которой Л.Рабалаго опубликовал фотографии со службы. На этих кадрах изображено, как он распыляет средство на голую кожу людей, в том числе – на их лица. По словам пастора, одной из его прихожанок

Жертвы фанатизма

средство помогло, излечив её от более в животе, не утихавших с тех пор, как она в позапрошлом году родила ребёнка, а также от болезни глаз. Священнослужитель подчеркнул, что всё на планете принадлежит богу и нет разницы, что именно использовать в качестве лекарственного средства.

В компании, производящей вышеуказанное средство, рассказали, что уже пытались связаться с Л.Рабалаго и призывали его прекратить нецелевое использование продукта. По словам представителя производителя, они против такого применения инсектицида, так как он опасен для людей, о чём подробно рассказано в инструкции на упаковке. Правительство региона иници-



ировало расследование по поводу действий как Л.Рабалаго, так и других священников, поскольку «исцеление» с помощью репеллента – не единственный случай странного поведения религиозных деятелей.

Так, в позапрошлом году Лесего Даниэль заставлял своих прихожан пить бензин и есть траву и цветы, а год спустя Пенуэль Мгуни кормил паству камнями, утверждая, что в желудке они превратятся в хлеб, а также змеями и крысами, убеждая людей, что это шоколад.

Подготовил Марк ВИНТЕР.

По материалам Science Daily, Reuters, BBC, Science.

«Нужно опьяняться и насыщать-
ся творчеством, и реальность не
сможет тебя уничтожить. Потому
что писательство даёт столько
правды жизни в правильных
дозах, сколько ты в состоянии
съесть, выпить и переварить без
того, чтобы потом судорожно
ловить воздух ртом и биться, как
умирающая рыбёшка. За время
разъездов я понял, что, если не
пишу один день, мне становится
не по себе. Два дня – и меня на-
чинает трясти» (Рэй Брэдбери).

Мир неординарного ребёнка

12 сентября 1921 г. в семье пре-
успевающего львовского врача, вы-
ходца из дворянской среды Самуэ-
ля Лема и Сабины Лем (урождённой
Воллер) появился на свет ребёнок,
которому было суждено прославить
польскую литературу и стать одним
из самых оригинальных мыслителей
новейшего времени. Известно, что
отец Сташека (домашнее имя Ста-
нислава) 10 лет учился медицине и
при этом писал и публиковал стихи
и прозу... Степень доктора меди-
цинских наук он получил в 1909 г. и
был избран секретарём Польского
общества оториноларингологов.
В Первую мировую его призвали
врачом в австро-венгерскую армию,
он попал в плен к россиянам, но
благодаря знанию русского языка,
даже будучи военнопленным, про-
должал лечить многочисленных
пациентов. Сташек в благополучной
врачебной семье рос необычайно
способным ребёнком. В 4 года он
уже писал письма, в 5-6 лет изобре-
тал приборы, увлечённо конструи-
ровал всякие электромоторчики и
даже пытался сделать трансфор-
матор как у знаменитого Николы
Теслы. После долгого увлечённого
разглядывания анатомических атла-
сов и хирургических руководств из
обширной медицинской библиотеки
отца он стал увлечённо лепить пла-
стилиновых кукол, затем «вскрывал»
им живот, чтобы «исследовать»
вложенные ранее пластилиновую
печень, желудок и селезёнку.

Становление

В 1931 г. Станислав Лем, будучи
отличником учёбы, окончил на-
чальную школу им. С.Жолкевского
и затем стал учиться во 2-й Госу-
дарственной гимназии им. Кароля
Шайнохи. Летом 1939 г. он успешно
сдал экзамены на аттестат зрело-
сти и поступил в политехнический
институт, но учёбе в нём помешала
война. Как известно, 1 сентября
1939 г. германский военный корабль
«Шлезвиг-Гольштейн» подверг
обстрелу польскую базу Вестерплатте
в свободном городе Данциге, что
положило начало Второй мировой



Имена и судьбы

Врач и великий комбинатор

Таким был и навсегда остался Станислав Лем

войне. Уже 19 сентября, согласно
пакту Молотова – Риббентропа,
во Львов вошли советские войска.
«Сыну буржуя» сразу же запретили
учиться на инженера, однако с по-
мощью отцовских связей Сташека
удалось устроить в медицинский
вуз. Когда в 1941 г. немецкие ок-
купанты вошли во Львов, Лему
пришлось устроиться помощником
автомеханика в автомастерскую с
фальшивыми документами на имя
Яна Донабидовича. Годы оккупации
писателем вспоминались как самые
тяжёлые. Именно в этой «школе
жизни» Станиславу в полной мере
тогда удалось почувствовать, что
такое быть не «арийцем».

Начало

«Чем было всё то, в результате
чего я появился на свет и, хотя
смерть угрожала мне множество
раз, выжил и стал писателем, кото-
рый пытается сочетать огонь и воду,
фантастику и реализм?» (С.Лем,
«Моя жизнь»).

После того как Львов в 1944 г.
снова стал советским, семья Лем
через два года переехала в Краков
и Станислав продолжил учёбу на
врача в Ягеллонском университете

На потребу рынка плодovitый культовый фантаст Станислав Лем не писал никогда, при этом эксперты и читатели счита-
ют его редкостным феноменом, необычайно востребованным
даже после ухода из жизни, да и вообще уникальным явлением
культуры. Блестящий литератор, почётный доктор пяти евро-
пейских университетов, социолог и футуролог, чьи предвидения
с большой точностью сбывались, тонкий сатирик, оригиналь-
нейший философ, склонный к математическому мышлению,
С.Лем перепробовал практически все жанры фантастики – от
классической «научной» до рецензий... на ещё не написанные
им сочинения. Писал же этот удивительный автор на польском,
немецком, французском и английском языках и издавался в
полусотне стран. Он одним из первых ещё в начале 50-х годов
XX века явственно узрел кибернетическую революцию, которая
вскоре перевернула нашу цивилизацию. В мире тираж его книг
перевалил за 35 млн экземпляров. За всю жизнь он написал
1,5 тыс. статей, больше 60 тыс. (!) писем, а также дал более
500 (!) интервью... В школьные годы его коэффициент интел-
лектуального развития равнялся 180, что было, пожалуй, самым
выдающимся результатом во всей южной Польше.

– одним из старейших в Европе.
Сдавать выпускные экзамены, одна-
ко, молодой человек не стал. Дело в
том, что в ту пору выпускники мед-
фака призывались на бессрочную
военную службу. Быть всю жизнь
военным врачом? В планы Лема это
не входило, тем более что он начал
активно печататься в периодике –
стихи, рецензии и даже маленькая
повесть «Человек с Марса» нашли
позитивный отзыв у читателей и
издателей.

Наставник Лема доктор фило-
софии Мечислав Хойновский при-
гласил способного выпускника ра-
ботать в Науковедческом лектории
при университете и настойчиво
убеждал будущего фантаста учить
иностранные языки, в первую
очередь – английский. Властно
звала заниматься беллетристикой
и врождённая склонность к ли-
тературному творчеству. Первая
серьёзная фантастика – романы
«Астронавты» и «Магелланово об-
лако» были очень благожелательно
встречены не только в Польше, но и
за её пределами. Стало ясно, что у
Жюль Верна и Герберта Уэллса по-
явился достойный преемник.

Появлявшиеся с тех пор, как
из рога изобилия, оригинальные

статьи, эссе, трактаты и романы
Лема содержали множество глубо-
ких мыслей и идей философского,
психологического, экономического
и медицинского характера. Труд-
но было найти другого такого же
разностороннего автора во всей
мировой литературе той эпохи!
Эрудированнейший польский автор
одинаково хорошо разбирался в
истории, теории культуры, футуро-
логии и ещё в десятках дисциплин,
поскольку изобрёл собственный
эффективный метод освоения
генеральных направлений той или
иной науки. И у него это прекрасно
получалось! Не случайно земляки
любовно прозвали его «человек-
библиотека». И они имели на это
все основания: жгучий интерес к
научной литературе писатель сохра-
нил на всю жизнь с самых ранних
лет до последних дней. Сам Лем
так об этом высказывался: «Я не
могу систематически вдаваться в
одну специальность, потому что
должен знать о многих вещах с
разных фронтов». Он весьма не-
дурно был информирован в области
биологических дисциплин, включая
медицину, довольно хорошо ори-
ентировался в теории и практике
естественной эволюции, много знал

о генетическом коде (хотя геном
ещё не был расшифрован)...

Пророк в своём отечестве

Писатель утверждал, что «...
полезная и необходимая избира-
тельность моей мозговой материи
заключается в том, что те вещи,
которые считаю важными, я запоми-
наю легче, чем те, которые должен
познать немедленно». Многочис-
ленные фрагментарные знания в
голове писателя опирались на со-
лидные основы настоящего общего
знания, которое при необходимости
можно было посекторно совершен-
ствовать. Удивительная россыпь
блестательнейших находок Лема,
связанных с медициной, техникой,
изобретательством, представлена
в «Солярисе», «Эдеме», «Футуро-
логическом конгрессе» и иных про-
изведениях замечательного поль-
ского фантаста. Особняком стоит
реалистический роман писателя
«Больница Преображения», рас-
сказывающий о трагедии массовых
убийств пациентов психиатрической
лечебницы в оккупированной Поль-
ше, чему Лем оказался невольным
свидетелем.

Станислав Лем прожил яркую,
большую и насыщенную жизнь. Его
перу принадлежит несколько фило-
софских произведений, главным из
коих является «Сумма технологий»,
цитируемая многими серьёзными
исследователями и в наши дни. По
книгам Лема снято более 30 худо-
жественных фильмов (один только
«Солярис» был экранизирован
трижды!) Множество радиопоста-
новок, телевизионных спектаклей
и даже балетных представлений
по романам Станислава Лема вос-
торженно принимаются и сегодня
слушателями и зрителями по обе
стороны Атлантики. Мудрый свя-
щенник Александр Мень, человек,
вроде бы, далёкий от фантастики,
в своё время подготовил статью о
проблемах контакта с иным разу-
мом, базируясь исключительно на
фантастических книгах Лема.

Последние годы жизни писа-
тель тяжело болел. У него была
долгие годы бронхиальная астма
и сахарный диабет, случались и
внезапные потери сознания, паде-
ния с лестницы. К сожалению, Лем
много курил и безумно любил слад-
кое... Он ушёл из жизни 27 марта
2006 г. на 85-м году жизни. Один из
замечательных заветов писателя,
вспоминаемый сегодня всё чаще,
таков: «Мир нужно изменять, ина-
че он неконтролируемым образом
начнёт изменять нас».

Николай ПЕРЕСАДИН,
профессор.

Бутурлиновский
медицинский техникум.

Воронежская область.

Далёкое-близкое

Первый Московский государ-
ственный медицинский уни-
верситет им. И.М.Сеченова
занимает лидирующие позиции
среди медицинских вузов, в том
числе в области истории меди-
цины. Возглавляемая профес-
сором Дмитрием Балалыкиным
кафедра истории медицины,
истории отечества и культуроло-
гии получила международную
известность как центр изучения,
перевода и интерпретации па-
мятников античной медицины
и, прежде всего, трудов знаме-
нитого врача и философа Галена
(129/130 – 210/216 гг. н.э.). Со-
трудниками кафедры стали такие
всемирно известные эксперты в
этой области, как Вивиан Наттон
(Великобритания) и Гари Ферн-
грен (США).

Первый том переводов сочинений
Галена на русский язык появился
два года назад. К его выходу была
приурочена международная науч-
но-практическая конференция (см.
«МГ» № 37 от 22.05.2015). Годом
позже в Доме Пашкова Россий-
ской государственной библиотеки
состоялась театрализованная пре-

Третий — не лишний

Очередной том «Сочинений» Галена представлен читателям

зентация второго тома (см. «МГ»
№ 2 от 15.01.2016). Третий том
был представлен в Тургеневской
гостинице «Библиотеки-читальни им.
И.С.Тургенева» также в театрализо-
ванной форме.

Были приглашены историки ме-
дицины, историки и философы. Как
отметил ведущий вечера журналист
Андрей Бинев, в новом томе на
русском языке появились первые
пять книг трактата Галена «Об
учениях Гиппократ и Платона». Это
плод коллективного труда: общая
редакция, составление и вступи-
тельная статья принадлежат
профессору Д.Балалыкину, перевод
с древнегреческого сделан канди-
датом филологических наук Зоей
Барзах и кандидатом исторических
наук Ириной Хорьковой, арабские
фрагменты переведены докторами
философских наук Ишатов На-

сыровым и Андреем Смирновым и
прокомментированы хранителем
Азиатской коллекции Велкомской
библиотеки (Лондон, Великобрита-
ния) Николаем Сериковым, научная
редакция осуществлена доктором
исторических наук Наталией Шок.

По словам профессора Д.Бала-
лыкина, данный трактат Галена
является преимущественно фило-
софским и имеет огромное зна-
чение прежде всего для изучения
античной философии, поскольку
содержит цитаты из несохранив-
шихся сочинений стоиков (Хрисиппа
и Диогена). По сути, это един-
ственный источник, по которому
можно их реконструировать. Он
открывает поле для новых оценок
и дискуссий – например, путём
сравнения экспериментов Галена
с современными исследователь-
скими практиками.

Переводчик З.Барзах назвала
этот трактат «текстом с безумно
трудной судьбой», работа с кото-
рым стала «поводом для профес-
сионального роста». Например, по-
нятие «пневма», которое является
центральной для стоиков, лишь
частично соответствует русскому
слову «дух». «Пневма» материальна
и вездесуща – она обнаруживается
не только у человека, но и у жи-
вотных и даже в неодушевлённых
предметах (растениях и камнях).
В тексте также много стихотвор-
ных цитат, что ставит перед пере-
водчиком неразрешимую задачу
перевести одно и то же слово так,
чтобы оно было и поэтическим
эпитетом, и анатомическим тер-
мином одновременно. Поскольку
труд Галена сохранился частично
и был реконструирован, пришлось
пожертвовать буквализмом пере-

вода ради более точной передачи
общего смысла текста.

Среди авторов цитируемых Га-
леном стихов – Гомер. Строки из
«Илиады» звучали на презентации
под музыкальный аккомпанемент
и иллюстрировались проецируе-
мыми на экран мимолётными
рисунками из песка. Вечное со-
единилось с сиюминутным. Об этом
же – в гениальных строках раннего
О.Мандельштама: «У вечности ворует
всякий, а вечность – как морской
песок...».

При поддержке ректора Первого
МГМУ им. И.М.Сеченова академи-
ка РАН Петра Глыбочко в августе
2017 г. совместно с Медицинским
университетом Варны (Болгария)
рядом с курортом «Золотые пески»
планируется проведение междуна-
родной Летней школы по истории
медицины. Одной из основных
тем будет античная медицина и её
актуальность.

Болеслав ЛИХТЕРМАН,
профессор кафедры истории
медицины, истории отечества
и культурологии Первого
Московского государственного
медицинского университета
им. И.М.Сеченова.

На литературный конкурс

Сбалансированное питание



Прав был Леонид Павлович Сабанеев, известный русский зоолог и натуралист, утверждавший в своих знаменитых книгах об охоте, что домашние животные понимают не только интонацию, но и смысл речи человеческой. Мы с моей подружкой пуделёчком Лизой под этим утверждением подписываемся четырьмя (ой, восьмью) лапами. С нашими лапами, мордами и хвостами вы, читатели «МГ», уже знакомы по предыдущим публикациям; и это снова мы, два очаровательных белых карликовых пуделя Лиза и Лада, «обуздавшие» аллергическую реакцию. И с нашей хозяйкой Ольгой, и с её приятельницей Ириной вы тоже уже познакомились. Хотя, возможно, вы встречались с ними и раньше – на лекциях по аллергологии или в детской поликлинике. Лично мы с ними «встречаемся» регулярно – за вечерним чаем, и столько всего полезного и не очень для собачьего кругозора понаслушались от них, что могли бы и сами... Нет, не смейтесь, если бы не наши лапы и хвосты, мы запросто могли бы сами лечить кого угодно от болезней детских и аллергических. Да, чего только не наслушались...

Но в этот вечер мы обе были предельно внимательны: сегодня

приятельницы обсуждали Лизино «состояние». По-нашему – обычное состояние молодой обаятельной с... собаки. Моя сестра вскоре должна была стать мамой, впервые в жизни. Правда, иногда она полдня нервная, полдня – сонная. Иногда её тошнит, конечно, от капустного салата с морковкой, «кладеза витаминов», кого же не тошнит от такой гадости...

Однако невинная дамская беседа за вечерним чаем принимает серьёзный оборот: подружки сошлись во мнении, что у Лизы – гтг... (да нет, не глисты!), а гтг-гестоз! Лизу надо лечить!

Аллерголог, конечно, настаивал на гипоаллергенной диете, педиатр – на строго сбалансированной. Друзья мои, ну что тут ещё «гипоаллергенить» и «сбалансировать»? Нашим талиям позабавовала бы Мисс Вселенная!

Ну ладно Ольга, она буквально живёт этой «аллергологией», она её даже преподаёт в медицинском вузе в свободное от общения с нами время. А наша гостья Ирина, наш педиатр? Мы ей так доверяли, у неё такая замечательная специальность – добрая, многообещающая и благозвучная: почти как «педи... гри»... Какой собаке не понравится? Но предложить такое! Да у нас и так всё настолько «сба-

лансировано», хоть волком вой! Такие мысли подлежат отмщению, и немедленно! Отправляйтесь на какую-нибудь выставку в город, а мы тем временем... проверим, чем так вкусно пахнет на кухне.

Я в прекрасной физической форме, мне запрыгнуть на плиту и сдвинуть носом крышку с кастрюли – проще простого! И чем же тут так вкусно пахнет?

Фи – щи! Точнее, прекрасная сочная говядина в щах. Как можно испортить такой замечательный натуральный продукт? Это могут сделать только женщины, «помешанные» на диетах: в салате – капуста, в щах – капуста... Их бы воля – и в кофе капусту бы добавили, их бы воля...

Но надо постараться спасти эту прекрасную говядину от «капустных объятий». Нос утопает в щах, ...м-м-м... неплохо, на вкус совсем неплохо! Вот что значит «натурпродукт», никакой капустой не испортишь... Внизу, на полу изнывает от отчаяния Лиза. В её положении на плиту никак не забраться, а пахнет так вкусно. Ей этого диетического питания нужно больше всего, ей и её трём будущим малышам. Проблему решаю по-родственному: задними лапами упираюсь в стену, передними толкаю кастрюлю. Бля-бля-блям-с!!!

Кастрюля на полу. Лиза вся в щах, она «ща»-слива! Три часа кропотливой работы по вылизыванию пола, кастрюли и Лизы. Три часа дружной кропотливой работы: щипоедены, Лиза с кастрюлей вылизаны, она в кои-то веки сытаааа. Да, Лиза сыта и довольна, её брюшко распухло так, как будто в нём появился ещё один щенок. Довольные собой, сразу протискиваемся под диван – спать. Помним ещё «аллергическую реакцию» нашей хозяйки, поэтому, на всякой случай, поглубже под диван.

Засыпая, думаем: есть всё же в природе баланс: кому выставки, а кому – щипоедены. Вот вам и «сбалансированное» питание!

Москва.

Любовь КОЛОСОВА

Сокровенное

Зимние мотивы

Колёсико времени неумолимо –
И нету круглой колеса:
Денёчки и годы, приливы –
отливы –
Ведут им отсчёт Небеса.
Работает время без смазки

и водки,
Без бонусов, премий, зарплат,
Не стонут под ним тормозные
колодки,
Карданы под ним не стучат.
Резвятся лишь только
хронометра стрелки
В часах, что придумал Иисус.
...Давай разобьём мы

на счастье тарелку –
Живём ведь.
И входим во вкус!

* * *

А ёлки пляшут от восторга,
Нырять в сивую зарю.
Ах, конфетти и серпантинки,
И Рождество, и старый год,
Крещенья остренькие льдинки
И февраля сугробный грот.
Неловкость марта,
Напор апреля,
И кипень мая
Слились в весне.
Июня ночки,
Жарынь июля –
И вызрел август –
Звенит в сосне!

* * *

Снег второй – зимы основа,
Лесу в радость – зверю в толк.
– Снег валит, – ворчат шофёры.
На флажки косится волк...

* * *

Рифмую «жизнь» –
судьба стенает,
«Судьбу» рифмую –
стонет жизнь,

Перо скрипит и проклинаят
Меня: – За что ты ни возмись –
Везде тревоги и конфликты,
Кругом сюжеты чёрных драм,
Пылают дачи, взрывы

в лифтах –
Страстей – на тонну,
ласки – грамм!

Но жизнь идёт, идёт

и дразнит,
И поглощает бытием,
И ты однажды понимаешь,
Что вкусность жизни

– от проблем,
Которые судьба приносит,
Уроки, что преподаёт,
Бросает сахарные кости
И льёт на раны карий йод!
И мы трезвеем, выпивая
Годов креплёное вино,
А жизнь грохочет на трамвае –
И ехать нам в нём суждено.

* * *

Сопромат для весла –
привычное дело,
Весло без воды не поёт.
Когда же зима случается,
То рвётся весло на лёд –
Пробить ледяную кольчугу,
Расколоться в щепки, но
Всё же самой острой,

как угорь,
Скользнуть под панцирь –
увидеть дно!

* * *

Снег – для души,
Душа – для снега.
Стоят камыши
Словно ерши,
И дуб на бугре
В короне стратега.
И причащается пухом
Река,
Чтобы, раздевшись
В апреле,
В водах своих
Золотить облака,
Солнце держа
На прицеле!

* * *

Найти бы вход
во вдохновенье,
Чтоб в тайный час
ключом «хрусть-хрусть» –
И в кухне жаркого творенья,
Отринув будничную грусть,
Поймав там терпкие мгновенья,
Сварить строку!

Смоленск.

СКАНВОРД

Кресло царя	Лютня у албанцев	Опера Вивальди	Город Псков, обл.	Муз. интервал	Сорт пергамента
Тартюф, перс.	Цефтриаксон	Опера Генделя	Прокاربазин	Партия изданий	Столик в церкви
Боров (стар.)	Ткань для лаптей	Чемодан (стар.)	Лактулоза	Галстучник	Рим. полководец
Боров (стар.)	Белобый, перс.	Страна света	Кизяк	Защитный порт	Древнерус. князь
Одно-врем. выстрел	Олень, Анды	Постановление	Широкий сосуд	Сорт лука	Иран. математик
Одно-врем. выстрел	Олень, Анды	Лже-Нерон, перс.	Не в своем...	Плоскогорье, Сахара	Платиновый металл
Ящик с чаем (устар.)	Первая столица Японии	Художник ... Архипов	Существительное	Нота	В И Л К А Р Н
Автор Валерий Шаршуков	буки, вежи	Роман Хаггарда	Рус. поэт	С Ф А Р А О Н	В А Р О Т А С К И Н О Р Е Н Е М Е
				Е Р Е М И Н А Р А Л О О Е Е Т О Р Ф В	П П И Г Р Ы Ю Н К Е Р Й О Г У Р Т О Ж Е
				Р О З А К Т В И Д К Д А Н З Т И Р А Ж	Е О В А Р А С Г Ф С С Ф Е Н О А Д А
				Н Е Д Д А О Р С К Р А Д У	А А К О Б Е У В Е Р Т Ю Р А
				К О Х Н О С А Ч А Р Ы К	

Ответы на сканворд, опубликованный в № 1 от 11.01.2017.