

Медицинская

11 декабря 2015 г.
пятница
№ 93 (7615)

Газета®

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

Инициатива

Сохраним зрение вместе!

Для этого даже можно пробежаться по берегу Волги

Жителям Ярославля надолго запомнится это событие – акция «Сохраним зрение вместе». Мероприятие проходило в первый раз. Его организовали городской глаукомный центр клинической больницы № 1 Ярославля и областной Центр медицинской профилактики.

В зависимости от возраста и физической подготовки участники акции могли пробежать, пройти пешком или скандинавской ходьбой по набережной Волги. На вопрос, что общего между зрением и ходьбой, заведующая городским глаукомным центром Светлана Казанова ответила:

– Самое главное – любым способом привлечь внимание к проблеме глаукомы, напомнить, как важно вовремя прийти к врачу. Немало людей с нарушением зрения годами не общаются с окулистом, а ведь, как говорится, сидя на диване проблему не решишь. Лучше потратить немного личного времени, провериться и убедиться, что всё в порядке или выявить болезнь на ранних стадиях, чем лечить уже запущенное заболевание. К тому же умеренные физические нагрузки улучшают тонус мышц, положительно влияют на работу системы кровообращения и органы зрения. Поэтому участники живо откликнулись на массовую пробежку вдоль реки.

Каждый, кто пришёл на акцию, проверил глазное давление. При отклонении от нормы врач рекомендовал обследоваться у офтальмолога в поликлинике.

Елена МАРЬИНА,
внешт. корр. «МГ».

Ярославль.

Фото автора.



Глазное давление участнику акции проверяет Светлана Казанова

Сотрудничество

Время зовёт молодых

В поисках решения стоящих перед медицинской общественностью проблем в столице прошла очередная встреча представителей Содружества молодых врачей России и Армянской ассоциации молодых врачей.

Генеральный директор содружества Илья Ильинцев и президент ассоциации Геворг Григорян с коллегами обсудили насущные вопросы и наметили планы на будущее.

Встреча стала продолжением взаимодействия в рамках подписанного в начале ноября в Ереване меморандума о сотрудничестве. Рассмотренные

в Москве вопросы касались профессиональной адаптации молодых специалистов и возрождения института наставничества.

Не секрет, что для любого специалиста первые годы профессиональной деятельности, как правило, являются предопределяющим периодом. От того, чем будет заниматься начинающий врач, какую поддержку получит, зависит его дальнейший профессиональный рост. В ходе встречи стороны отметили схожесть проблем и важность обмена опытом между странами.

Результатом диалога стало согласование совместных действий

по разработке и проведению программ поддержки молодых врачей в России и Армении, а также решение об организации съезда молодых врачей бывших советских республик, который ориентировочно пройдёт в Москве в ноябре 2016 г. Такое мероприятие не только укрепит дружеские связи между медицинскими сообществами России и бывших союзных республик, но и позволит обменяться лучшими практиками поддержки врачей и внедрить их в повседневную жизнь.

Александр МЕЩЕРСКИЙ.

Москва.



Михаил ШМАКОВ,
председатель Федерации
независимых профсоюзов:

Медицинские работники практически не участвуют в принятии решений в рамках оптимизации медучреждений.

Стр. 4

Анатолий СМЕРНОВ,
главный врач клинического
госпиталя ветеранов войн
Республики Марий Эл:

У нас в госпитале работают только те, для кого наша профессия – истинное призвание.

Стр. 5



Юрий СОКОЛОВ,
заместитель главного врача
Новосибирского центра
по профилактике и борьбе
со СПИДом:

Наблюдается тенденция увеличения числа заболевших ВИЧ среди социально благополучных групп населения.

Стр. 7

Проекты

Объединить силы против гепатита

В рамках работы консультативного совета 5-й конференции по ВИЧ/СПИДу в Восточной Европе и Центральной Азии, который на днях заседал в Центре международной торговли в Москве, заведующий кафедрой госпитальной терапии № 3 Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова профессор Игорь Никитин выступил с докладом об актуальных вопросах организации медицинской помощи пациентам с хроническими вирусными гепатитами и предложил меры по улучшению ситуации с распространённостью заболеваний в России.

И.Никитин представил подробный обзор динамики заболеваемости вирусными гепатитами В и С, анализ существующей практики борьбы с ними, а также предложил ряд мер по оптимизации и повышению эффективности системы оказания медицинской помощи гражданам Российской Федерации.

– Для того чтобы своевременно и в полном объёме предоставлять медицинскую помощь российским пациентам, необходимо продолжать направлять усилия на создание единой бесперебойно функционирующей системы в части выделения целевых групп и чёткого определения источника финансирования, в том числе и из средств ОМС, – отметил И.Никитин. – Такие меры позволят ввести единый стандарт лечения, контролировать его стоимость, а также обеспечивать своевременную поставку вакцин и лекарств во все регионы. В этой связи курс на централизацию процессов фармпроизводства, поддерживаемый государством, является верным шагом. Наряду с этим И.Никитин

указал на необходимость системной работы с крупными фармацевтическими компаниями в части значительного снижения цены на лекарственные препараты, а также реализации целевой политики по созданию собственных лекарственных препаратов.

Профилактика инфекционных заболеваний, в том числе вирусных гепатитов, и организация на территории Российской Федерации производства вакцин являются важнейшими стратегическими отраслевыми задачами. Так, в октябре нынешнего года под эгидой федерального Минздрава было инициировано создание вакцин для проведения иммунопрофилактики среди населения в рамках Национального календаря профилактических прививок. Ведомство осуществило поставку вакцин для профилактики вирусного гепатита В в учреждения здравоохранения РФ. Примечательно, что все лекарственные препараты, которые были поставлены по контракту, – отечественного производства.

Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ,
обозреватель «МГ».

Новости

Очень выгодное партнёрство

В Томске в рамках государственно-частного партнёрства открыли центр гемодиализа. В областном Департаменте здравоохранения сообщили, что расходы на реконструкцию трёхэтажного здания под будущий центр и приобретение 40 диализных аппаратов взял на себя частный инвестор, вложив в проект 250 млн руб. При этом сам регион обязуется оплачивать данную медицинскую услугу для жителей Томской области из средств системы обязательного медицинского страхования.

До сих пор процедуру гемодиализа можно было пройти только в областной клинической больнице, в арсенале которой всего 31 «искусственная почка», работа ведётся в 4 смены.

Приём больных в новом диализном центре будет организован в 3 смены, что позволит на 40 аппаратах пролечивать 120 пациентов в сутки. Из 5 залов центра 2 предназначены для больных хронической почечной недостаточностью и 3 – специализированные, для пациентов с ХПН, инфицированных ВИЧ, гепатитами В и С.

Компания-инвестор и администрация Томской области планируют продолжить государственно-частное партнёрство, а именно открыть в 2016 г. 3 диализных отделения в городах Стрежевом, Колпашёве и Асине.

Елена ЮРИНА.

Томск.

Опухоль в пять раз больше органа

Гигантскую доброкачественную опухоль печени успешно удалили хирурги Иркутской областной клинической больницы. Их пациенткой стала 36-летняя жительница одного из сельских районов Приангарья.

В больнице пояснили, что новообразование объёмом более 5 тыс. см³ не было случайной находкой: пациентка с небольшой опухолью впервые попала в поле зрения врачей этого учреждения ещё в 2010 г., но тогда показаний к оперативному лечению не было. За 5 лет опухолевый процесс достиг таких масштабов, что возникла угроза гибели больной.

По словам заведующего отделением портальной гипертензии Иркутской ОКБ Александра Новожилова, операция длилась 4 часа. Удаление новообразований печени в принципе технически непростая задача, а в этом случае особенно, так как опухоль оказалась в 5 раз больше объёма самого органа.

Кроме того, хирурги и анестезиологи столкнулись с непереносимостью в таких случаях значительной кровопотерей. Помогло то, что это осложнение было прогнозируемо.

В удовлетворительном состоянии пациентка выписана из стационара.

Елена БУШ.

Иркутск.

Пятое — в России, первое — в Сибири

В Омском областном клиническом противотуберкулёзном диспансере открылось детское амбулаторное отделение. Раньше обследование детей в этом специализированном лечебно-профилактическом учреждении проводилось только в одну смену, причём в отделениях, где обслуживалось и взрослое население Омска и сельских районов Прииртышья. Такое «равноправие» было очень неудобным. Было принято решение создать при диспансере детский центр.

Этому требованию отвечал один из корпусов противотуберкулёзного диспансера. На реконструкцию двухэтажного здания из областного бюджета было выделено 3 млн руб. Перепланировка, ремонт помещений и врачебных кабинетов, оснащение их необходимой аппаратурой заняли 3 месяца.

Как отметил на торжественной церемонии открытия губернатор Омской области Виктор Назаров, в регионе сделан ещё один шаг к совершенствованию оказания специализированной медицинской помощи детям. Да такой, что омским фтизиатрам могут позавидовать коллеги из многих регионов страны. Ведь таких конкретно детских отделений в России пока, считая вместе с омским, всего 5, а в Сибири оно – единственное.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ.

Омск.

В особых условиях

Двое рабочих, пострадавшие при взрыве на газоконденсатном месторождении Ямало-Ненецкого автономного округа доставлены в Салехардскую окружную клиническую больницу. Оба находятся в тяжёлом, но стабильном состоянии, с травмами внутренних органов и множественными переломами. Врачи дают благоприятный прогноз и делают всё возможное.

Как широко сообщалось ранее, при подготовке сейсмических работ на месторождении «Малыгинское» в Ямальском районе прогремел взрыв. Вертолёт санитарной авиации окружной клинической больницы с бригадой врачей вылетел для оказания помощи в этот же день. Помощь оказывалась как на месте происшествия, так и в пути. Исполняющий обязанности заведующего отделением экстренной и планово-консультативной медицинской помощи Евгений Забара рассказал, что в связи со сложными погодными условиями было принято решение сделать остановку в комплексе Бованенково, где уже готовились к приёму пострадавших, одного из них прооперировали.

Надо отметить, что врачи и пилоты спасательной бригады работали в зоне повышенного риска, но благодаря высокой подготовке и опыту докторов пострадавших удалось эвакуировать с места происшествия и спасти им жизнь. Всё это время газовой, медики и власть региона находились в тесной связи. На месторождении, где произошла беда, экстренно организовали освещённую посадочную площадку для санитарного борта. Губернатор округа держит ситуацию под личным контролем.

Ольга ШУЛЯК.

Салехард.

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

Конкурсы

Лучший участок
по материнскому «ликбезу»

Здесь работают незаменимые помощники мам и пап

Комната здорового ребёнка детского поликлинического отделения № 41 городской поликлиники № 44 названа лучшей в Санкт-Петербурге. 22 детских амбулаторных педиатрических учреждения боролись в конкурсе, организованном городским центром медицинской профилактики, итоги которого были подведены на врачебно-сестринской конференции, посвящённой Дню матери.

Как полагает начальник отдела по организации медицинской помощи матерям и детям Комитета по здравоохранению профессор Светлана Рычкова, каждый кабинет по воспитанию здорового ребёнка – это участок по ликвидации безграмотности будущих родителей, а его сотрудники – незаменимые помощники мам и пап, потому что именно здесь даются ответы на все вопросы, справки на все случаи жизни, закладывается отношение к установкам российского здравоохранения.

С этим мнением солидарна педиатр Валерия Юдина, заведующая отделением оказания медицинской помощи в образовательных учреждениях из ДПО № 41. 37 лет она возглавляет работу комнаты здорового ребёнка, которая и получила наивысшее количество баллов в конкурсе. А всего такая комната вместе со



Малыш будет здоров тогда, когда рядом с ним взрослые, владеющие навыками ухода за детьми

школой молодой матери существует в детской поликлинике Фрунзенского района с 1966 г. и является «долгожительницей» в городе на Неве. Без малого за полвека десятки тысяч молодых родителей прошли обучение правилам грудного вскармливания и введению прикорма, обрели твёрдые навыки ухода за своим «чадом», осознали важность вакцинапрофилактики как основного метода предупреждения опасных для здоровья ребёнка инфекционных заболеваний.

Награду – подарочный сертификат – победителям конкурса

вручил заведующий отделом координации организации профилактической работы женщинам и детям городского Центра медицинской профилактики Юрий Заозерский. Как сообщила «Медицинской газете» педиатр В.Юдина, деньги с подарочной карты пойдут исключительно на благоустройство комнаты здорового ребёнка.

Владимир КЛЫШНИКОВ,
соб. корр. «МГ».

Санкт-Петербург.

Фото автора.

Кагры

Не только пробирки
Современные знания – на современном оборудовании

Губернатор Ульяновской области Сергей Морозов и депутат Государственной Думы РФ Григорий Балыхин открыли новые современные обучающие классы на базе Ульяновского фармацевтического колледжа Минздрава России.

– У нас скоро начнут работать сразу несколько крупных лечебных учреждений, только в Димитровграде в ближайшие 3 года для отрасли здравоохранения будет создано порядка 4 тыс. рабочих мест. Также уже в следующем году мы намерены открыть в регионе федеральный перинатальный центр, центр женского здоровья, 2 новые детские поликлиники.

В связи с этим подготовка кадров как врачебного, так и среднего звена сегодня – вопрос очень значимый. Все эти новые больницы и поликлиники будут оснащены самым современным оборудованием, и мы заинтересованы в том, чтобы уже на этапе обучения будущие медики могли получать знания при помощи передовых технологий, – отметил глава региона.

Ульяновский фармацевтический колледж на протяжении 45 лет обучает специалистов по лабораторной диагностике для всех регионов России. За это время подготовлено более 4 тыс. чело-

век, порядка 90% из них остались работать в Ульяновской области. В новом симуляционном центре отработки практических навыков для обучающихся специально для «лабораторная диагностика» открыто 3 класса: кабинет микроскопического анализа, лаборатория гематологического анализа, кабинет обработок изделений медицинского назначения. Все манипуляции на современном оборудовании учащиеся могут проводить в условиях, приближенных к практике.

Планируется, что на базе нового симуляционного центра смогут повышать квалификацию, не выезжая за пределы региона, уже работающие в ульяновском здравоохранении медицинские лаборанты.

– Специалист по лабораторной диагностике очень востребован на рынке труда, поскольку от профессионализма этих медиков зависит правильная постановка диагноза и тактика дальнейшего лечения заболеваний. В настоящее время из 184 студентов, обучающихся лабораторной диагностике, 35 – это ребята с ограниченными возможностями по слуху, поэтому новый симуляционный центр – это большое подспорье для них, – отметил заместитель председателя правительства – министр здраво-

охранения Ульяновской области Павел Дегтярь.

Для ульяновского фармацевтического колледжа это уже третий симуляционный центр. Так, в 2014 г. на базе учебного заведения открыт учебный класс последипломной подготовки кадров по диализу и мини-клиника для отработки навыков с роботами-симуляторами для учащихся специальностей «сестринское дело» и «лечебное дело».

– Не во всех регионах России есть такие центры, наш – один из самых современных, – отметила преподаватель Ульяновского фармацевтического колледжа Екатерина Чекмарёва. – Три класса для будущих медицинских лабораторных техников и технологов оснащены цифровыми микроскопами – микровизорами, то есть мы можем получать, обрабатывать и сохранять цифровые изображения микрообъектов. Сегодня деятельность лабораторного технолога не ограничивается работой с пробирками, необходимо уметь пользоваться комплексом современного диагностического оборудования, позволяющего получить точную и достоверную информацию в ходе исследования.

Виктория ГУРСКАЯ,
внешт. корр. «МГ».

Ульяновск.

Официально

Пилотное информирование

Как сообщил директор Департамента общественного здоровья и коммуникаций Минздрава России Олег Салагай, Министерство здравоохранения РФ анализирует выполнение пилотного проекта по информированию застрахованных лиц об оказанных медицинских услугах и их стоимости.

Как известно, с 1 сентября 2014 г. в 7 субъектах РФ (Московская, Брянская, Нижегородская область, Новгородская, Тульская области, Краснодарский край, Республика Татарстан) была начата реализация этого пилотного проекта. По состоянию на 31 декабря 2014 г. указанный пилотный проект осуществлялся в 64 субъектах РФ, а с 1 января 2015 г. информирование застрахованных лиц об оказанных медицинских услугах и их стоимости осуществляется во всех субъектах РФ.

Основным способом такого информирования является справка в бумажной форме. В 14 субъектах РФ застрахованные лица могут получить информацию о перечне оказанных услуг и их стоимости не только в бумажной форме, но

и в электронном виде через личный кабинет на интернет-портале. В 30 субъектах РФ информирование застрахованных лиц также обеспечивают страховые медицинские организации. В 2015 г. Минздравом России приняты необходимые ведомственные акты, устанавливающие систему такой работы с гражданами, в том числе определяющие ответственных за это и порядок предоставления подобных данных. Указанный порядок предусматривает обеспечение индивидуального информирования застрахованных лиц органами исполнительной власти субъектов РФ в сфере охраны здоровья совместно с территориальными фондами ОМС и страховыми медицинскими организациями о перечне оказанных услуг и их стоимости.

Как рассчитывают организаторы проекта, информирование застрахованных лиц об оказанных медицинских услугах и их стоимости позволит предупредить коррупционные нарушения в медицине, дисциплинировать медицинские организации в части учёта медицинских услуг, что, в свою очередь, повысит качество планирования и эффективность расходов в сфере здравоохранения.

Есть и такие результаты. Благодаря введению Минздравом России процедуры информирования застрахованных лиц об оказанных медицинских услугах и их стоимости, в некоторых субъектах РФ выявлены приписки со стороны медицинских организаций.

– В связи с тем, что в СМИ появилась информация о выявлении многочисленных приписок в информационной системе Московского ТФОМС министром здравоохранения РФ Вероникой Скворцовой дано поручение Федеральному фонду обязательного медицинского страхования осуществить проверку по данному факту, – заявил Олег Салагай.

Кроме того, на сайте Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения сегодня будет создана отдельная форма для жалоб на выявление гражданами приписок, чтобы наиболее эффективно и точно проводить соответствующие проверочные мероприятия.

Павел АЛЕКСЕЕВ.
МИА Сити!

Москва.

Решения

Контроль за клеточными продуктами

Минздравом России разработаны изменения в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с принятием Федерального закона «О биомедицинских клеточных продуктах».

Изменения и дополнения вносятся в Федеральные законы № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской

Федерации» и № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» в связи с принятием нового Закона «О биомедицинских клеточных продуктах».

Кроме того, устанавливаются принципы государственного контроля. Проектом предусматривается обязательное лицензирование всех производств биомедицинских клеточных продуктов. Дополнения касаются и

правил проведения экспертизы, утверждения порядка мониторинга безопасности и регистрации побочных действий.

Все вышеперечисленные изменения призваны обеспечить в полной мере защиту прав граждан в сфере биомедицины. Указанный проект размещён для общественного обсуждения.

Соб. инф.

Акции

Дышим свободно!

В подмосковной Балашихе прошли акция для молодёжи, приуроченная к Международному дню отказа от курения, и окружная научно-практическая конференция для медицинских работников, посвящённая Всемирному дню борьбы против хронической обструктивной болезни лёгких. Организаторами выступили Министерство здравоохранения Московской области, областной Центр медицинской профилактики и Балашихинская ЦРБ.

В культурно-досуговом центре проводились скрининговые обследования старшеклассников. Перед ними выступили представители общественных организаций и молодёжных творческих коллективов, пропагандирующие здоровый образ жизни, а также представители службы медицинской профилактики Подмосковья и участники регионального общественного движения

«Молодёжь за трезвую столицу» под общим лозунгом «Россия, дыши свободно!».

В Балашихинской ЦРБ прошла окружная научно-практическая конференция для медицинских работников, на которой выступили главный врач Московского областного центра медицинской профилактики, главный специалист по медицинской профилактике

Центрального федерального округа РФ и Минздрава Московской области Е.Иванова, главный специалист-пульмонолог Минздрава Московской области Е.Островский, президент Российской ассоциации общественного здоровья, профессор Первого МГМУ им. И.М.Сеченова А.Дёмин. В докладах рассматривались актуальные вопросы ранней диагностики, профилактики, терапии ХОБЛ, пути повышения эффективности деятельности первичного звена здравоохранения в формировании здорового образа жизни и профилактике неинфекционных заболеваний, меры по преодолению табачной эпидемии.

Максим ОВЧАРЕНКО,
врач-методист
Московского областного
центра медицинской профилактики.
Московская область.

Ситуация

Мать пойдёт под суд

В Ханкайском районе Приморского края решение матери обойтись без врачебной помощи и лечить ребёнка дома погубило младенца. Следователи завершили работу над уголовным делом по факту причинения смерти по неосторожности.

По версии следствия, в июле 2015 г. 23-летняя женщина была с грудным ребёнком на приёме у участкового педиатра, который

выписал направление на госпитализацию в инфекционное отделение районной больницы для дальнейшего обследования и лечения. Однако молодая мама отказалась от госпитализации и решила самостоятельно продолжить лечение в домашних условиях. На следующий день из-за ухудшения состояния здоровья младенец был госпитализирован бригадой скорой помощи и через 3 часа умер.

Таким образом, матью были

нарушены права ребёнка на получение квалифицированной медицинской помощи. Обвиняемой грозит лишение свободы до 2 лет.

Отметим, это уже не первый случай, когда родители, отказываясь от медицинской помощи врачей, занимаются самолечением детей, и последствия становятся неправомерными.

Николай РУДКОВСКИЙ,
собр. корр. «МГ».
Приморский край.

Демография

Снижение смертности продолжается

По данным Алтайкрайстата, в регионе отмечается снижение показателей общей, преждевременной, детской и младенческой смертности.

Так, показатель общей смертности по сравнению с таким же периодом 2014 г. снизился на 1,4%. Такая устойчивая тенденция отмечается с апреля этого года, а с начала 2015 г. показатель составляет 6,5%.

В сравнении с периодом январь – октябрь 2014 г. продолжилось снижение показателей общей смертности от болезней системы кровообращения на 10,7%, от болезней органов дыхания – на 6%, от внешних (насиленных) причин – на 5,9%.

Данные о смертности в трудоспособном возрасте за 10 месяцев уменьшились по сравнению с аналогичным периодом прошлого года на 7,5%.

В крае продолжается реализация межведомственного плана дополнительных мероприятий по снижению смертности от ведущих причин и достижения целевых показателей, утверждённых региональными «дорожными картами» на 2015 г. Учитывая особую важность борьбы с болезнями системы кровообращения, разработан план мероприятий по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в 2015 г. в рамках проведения в стране года борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями, который утверждён губернатором края.

Главным управлением по здравоохранению и фармацевтической деятельности проводится еженедельный мониторинг клю-

чевых индикаторов, разработанных Минздравом России, которые позволяют оценить эффективность реализации мероприятий по снижению смертности до уровня врачебных участков. Руководством и специалистами Главного управления осуществляются проверки качества оказания медицинской помощи в медицинских организациях, в которых регистрируются высокий уровень и негативная динамика показателей смертности, с оказанием практической помощи по устранению выявленных недостатков.

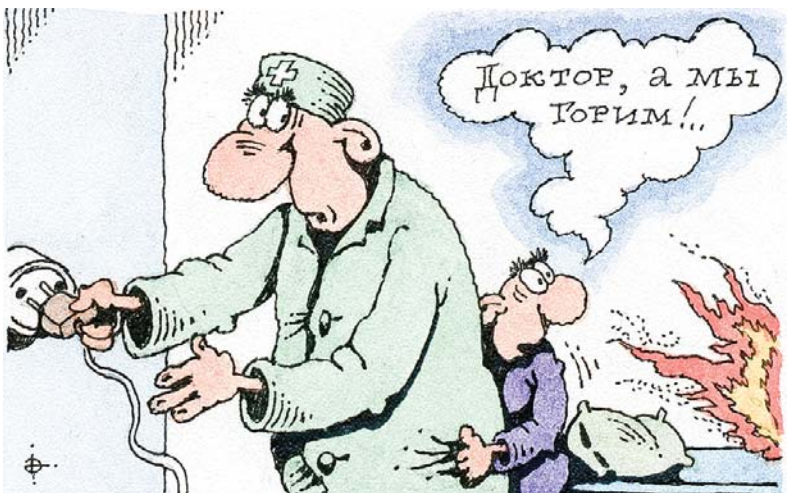
Реализация комплекса дополнительных мер межведомственного характера по снижению смертности находится на постоянном контроле в администрации края.

– В последние годы наш регион накопил богатый опыт реализации мероприятий и программ демографической направленности, а также по снижению смертности от ведущих причин, – прокомментировал заместитель губернатора Алтайского края Даниил Бессарабов. – Комплекс мероприятий, направленных на совершенствование оказания медпомощи и профилактической работы, позволил существенно снизить темпы естественной убыли населения, а также достигнуть других важнейших показателей. Системная работа органов региональной власти и местного самоуправления в этом направлении уже получила положительную оценку на федеральном уровне.

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».
Алтайский край.

Криминал

Чем грозит неисправность прибора



В Тюменской области возбуждено уголовное дело в отношении врача областной больницы № 4.

Во время проведения операции по удалению папилломы возникла искра от электрического прибора для коагуляции сосудов. Загорелась пропитанная спиртом салфетка, на которой лежал 2-летний пациент.

В пресс-службе Следственного управления Следственного комитета РФ по Тюменской области сообщили, что ребёнок «получил

термические ожоги правой ушной раковины и щеки I-II степени, причинившие лёгкий вред его здоровью». Возбуждено дело по признакам преступления, предусмотренного частью 1 статьи 238 («Оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности жизни и здоровья») Уголовного кодекса РФ. В том случае, если вина врача будет доказана, ему может грозить до 2 лет лишения свободы.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.
МИА Сити!
Тюменская область.

Треть из 85 субъектов Федерации не исполнили поручение Президента РФ по обсуждению оптимизации здравоохранения с экспертным сообществом. В Общероссийском народном фронте (ОНФ) считают невозможным проведение реформы без привлечения экспертов и учёта мнения общественности.

На словах и на деле

Решения по оптимизации здравоохранения, которая сопровождается сокращением медучреждений и массовым увольнением медперсонала, зачастую принимаются волонтеристским способом без учёта мнения не только граждан и самих медработников, но и различных профсоюзных, экспертных организаций. Треть регионов, сообщает сайт ОНФ, не исполнили поручение главы государства по обсуждению оптимизации здравоохранения с экспертным сообществом, а ещё 6 отчитались мероприятиями ОНФ, проведёнными в преддверии форума «За качественную и доступную медицину!». Эксперты рабочей группы «Социальная справедливость» Центрального штаба фронта предлагают в этой ситуации на законодательном уровне ввести запрет принимать подобные решения без проведения общественных слушаний, а также предусмотреть ответственность за нарушение этого правила для чиновников.

По итогам второго «Форума действий» Общероссийского народного фронта Президент России, лидер ОНФ Владимир Путин обязал органы власти регионов принять меры «по организации проведения предварительных обсуждений с медицинским сообществом решений, касающихся оптимизации структуры медицинских организаций государственной и муниципальной систем здравоохранения и обеспечения занятости высвобождаемых медицинских работников».

Отчёт, предоставленный в сентябре 2015 г. в Контрольное управление Президента органами власти регионов, описал довольно благостную картину: региональные власти активно обсуждают с медицинским сообществом свои решения по оптимизации сферы здравоохранения. Для этого они проводят заседания общественных советов, тематические совещания, встречи с коллективами учреждений здравоохранения, а также обеспечивают занятость и переобучение сокращённых медработников.

Однако эксперты ОНФ недосчитались в представленном докладе отчётов по 24 регионам – Белгородской, Брянской, Владимирской, Волгоградской, Воронежской, Ивановской, Калужской, Костромской, Курской, Липецкой, Московской, Орловской, Пензенской, Рязан-

Острая тема

Вокруг да около ОПТИМИЗАЦИИ

Только с учётом мнения медицинских экспертов можно рассчитывать на успех



Протесты против волонтеристских способов оптимизации здравоохранения нарастают...

ской, Сахалинской, Смоленской, Тамбовской, Тверской, Тульской, Ярославской областям, Приморскому краю, Республике Ингушетия, Чукотскому автономному округу, Москве. А информация о том, что в Краснодарском крае в первом полугодии этого года было проведено 230 совещаний по теме оптимизации медучреждений, показалась им сомнительной.

Также в докладе отмечалось, что сокращение медучреждений обсуждалось с региональными отделениями ОНФ в Амурской, Ленинградской, Оренбургской областях, Республике Адыгея, Санкт-Петербурге и Ненецком автономном округе. Однако сами региональные отделения фронта это отрицают, сообщая, что они проводили лишь мероприятия в рамках подготовки к форуму ОНФ «За качественную и доступную медицину!», где шла речь о негативных последствиях оптимизации, а планы по оптимизации не обсуждались.

Медиков никто не спрашивает

Согласно данным, полученным от ЦК Общероссийского профсоюза работников здравоохранения, только 45% региональных организаций профсоюза в той или иной мере привлекались к обсуждению вопросов, касающихся оптимизации структуры медицинских организаций. При этом данные обсуждения в большей мере касались не планов по оптимизации медорганизаций, а результатов уже проведённой оптимизации. В процессе дискуссии 20% региональных организаций профсоюза дали отрицательную оценку проведённой оптимизации, 30% не определились с оценкой в связи с тем, что данный процесс ещё не завершился или носит спорный характер, а положительно его оценили лишь 20% региональных отделений профсоюза. Из числа непосредственных участников обсуждения планов по оптимизации 20% отметили, что их мнение было

учтено, 20% считают, что мнение было учтено не полностью, а в 13% случаев мнение полностью не учитывалось.

Национальная медицинская палата заявила, что её представители не приглашались к обсуждению планов в 32 субъектах Федерации. Исходя из представленной профсоюзом и НМП информации, в 20% регионов предварительное обсуждение планов оптимизации системы здравоохранения с медицинским сообществом не проводилось.

На прошедшем в сентябре этого года форуме ОНФ «За качественную и доступную медицину!» были представлены результаты проверки сферы здравоохранения Счётной палатой РФ, согласно которым в течение 2014-2015 гг. было ликвидировано 659 фельдшерско-акушерских пунктов, сокращено 47,8 тыс. коек, закрыто 26 медорганизаций, а ещё 330 – реорганизовано. Как следствие, выросла смертность населения: по данным Федеральной службы госу-

дарственной статистики, в первом полугодии 2015 г. по сравнению с аналогичным периодом прошлого года она увеличилась на 2,6%.

При этом, согласно данным палаты, до 2018 г. планируется ликвидировать ещё 15 медорганизаций и реорганизовать 581 структуру. В результате с начала проведения оптимизации системы здравоохранения в 2013 г. к концу 2018 г. в стране будет сокращено 11,2% больниц и 7,2% поликлиник.

«Медработники фактически не участвуют в принятии решений в рамках оптимизации медучреждений. Их попросту никто не спрашивает, а если и спрашивает, то формально. О том, что оптимизация проходит «втихую», говорят и данные мониторинга официальных сайтов министерств и департаментов здравоохранения, проведённого экспертами ОНФ. На сайтах 80 регионов вообще нет никакой информации об обсуждении сокращения медицинских учреждений с профессиональными сообществами. А важный документ «Планы структурных преобразований сети медицинских организаций до 2020 г.», который должен быть общедоступен, есть только на 13 сайтах из 85. Получается, что, кроме властей, никто ничего не знает про оптимизацию сферы здравоохранения. Это может привести к негативным всплескам в обществе, ведь для граждан сокращение медучреждений и увольнение медицинских работников – вопрос здоровья, а для врачей – вопрос выживания», – отметил руководитель рабочей группы ОНФ «Социальная справедливость», член Центрального штаба ОНФ, председатель Федерации независимых профсоюзов Михаил Шмаков.

Поэтому, подчеркнул он, эксперты считают невозможным проведение оптимизации отрасли здравоохранения без широкого привлечения медицинского, гражданского сообщества, профсоюзных и общественных организаций. Они не только не рекомендуют снимать с контроля соответствующее поручение главы государства, но и предлагают на законодательном уровне ввести запрет принимать подобные решения без проведения общественных слушаний, а также предусмотреть ответственность за нарушение этого правила для чиновников.

Напомним, что с марта 2014 г. по указанию Президента, данному по итогам «Форума действий» ОНФ, создан механизм учёта мнения Народного фронта при снятии с контроля поручений В.Путина. Контрольное управление главы государства направляет в Народный фронт доклады правительства для подготовки заключений, без которых решение в отношении тех или иных поручений не принимается.

В сентябре 2015 г. один из активистов ОНФ предложил Президенту приостановить реформу здравоохранения.

Константин ШЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

События

В Ульяновске состоялась 4-я Всероссийская конференция «Коморбидные состояния в репродуктивном здоровье населения», традиционно проводимая в Ульяновском государственном университете на базе Института медицины, экологии и физической культуры.

В нынешнем году участниками научной программы мероприятия стали ведущие учёные Москвы и Приволжского федерального округа, представляющие основные клинические направления изучения коморбидности как основополагающей проблемы охраны репродуктивного здоровья нации – терапию, акушерство и гинекологию, клиническую фармакологию и инфекционные болезни.

Исключительно в унисон идее проведения форума, заявленного как «конференция с элементами

Уроки для молодёжи

научной школы для молодёжи», прозвучали выступления представителей крупных отечественных экспертов-клиницистов. Оригинальной как по методическому подходу, так и по подаче научно-информационного материала стала лекция-дуэт заведующей кафедрой фармакологии и фармакологии Медицинского университета «РЕАВИЗ» профессора Евгении Верижниковой и заведующей отделением Саратовского областного центра здоровья семьи и репродукции доктора медицинских наук Натальи Курмачёвой, посвящённая восполнению дефицита фолатов во время беременности.

Особенностям течения родов и послеродового периода у больных с редко диагностируемой патологией – аномалиями сосудистой системы матки было посвящено сообщение в форме клинко-патоморфологической демонстрации профессора кафедры акушерства и гинекологии с курсом эндоскопической хирургии и симуляционно-тренингового обучения Медицинского университета «РЕАВИЗ» Михаила Шляпникова. Второй доклад, представленный совместно с аспиранткой Самарского государственного медицинского университета Дианой Лариной, наглядно продемон-

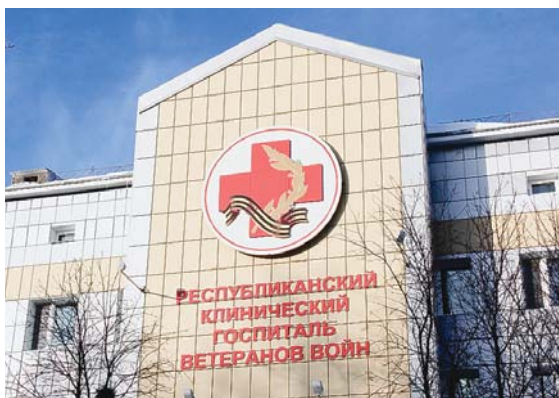
стрировал актуальность и практическую значимость ко-факторных взаимоотношений инфекционной репродуктивной патологии и психосоматических дисфункций в индукции доброкачественных гиперпластических заболеваний матки.

Во второй день конференции прозвучало выступление доцента кафедры внутренних болезней Медицинского университета «РЕАВИЗ» Елены Асеевой, посвящённое крайне важной медико-социальной проблеме – патогенетическим особенностям формирования артериальной гипертензии у молодых людей.

Следует отметить, что традиционное сотрудничество организаторов настоящей конференции с крупными медицинскими вузами нашей страны вносит значительный вклад в укрепление университетских связей и расширение горизонтов научной и педагогической деятельности во благо укрепления репродуктивного потенциала населения многих регионов нашей страны.

Волида ТАДДИЕВА,
доцент кафедры акушерства и гинекологии Института медицины, экологии и физической культуры, кандидат медицинских наук.
Ульяновск.

Солнечный сентябрьский день 2014 г. стал важным событием в жизни медицинского персонала и пациентов Республиканского клинического госпиталя ветеранов войн. В преддверии 70-летия Великой Победы здесь был сдан в эксплуатацию новый лечебно-диагностический корпус. На его строительство из средств республиканского бюджета выделено более 230 млн руб. Это подарок Правительства Республики Марий Эл ветеранам Великой Отечественной войны и вдовам погибших, труженикам тыла, жителям блокадного Ленинграда, бывшим малолетним узникам концлагерей, участникам афганских событий и локальных вооружённых конфликтов, ликвидаторам последствий аварии на Чернобыльской АЭС – всему контингенту, который обслуживается госпиталем.



зиологии и реанимации Герман Мурзаев, Галина Колногорова, Людмила Буканова, Евгений Кузьминых, Олег Байбулатов, заведующие отделениями функциональной и лучевой диагностики, клинко-диагностической лабораторией Мира Якимов, Наталья Кузьминых, Раиса Бурмисова – врачи высшей квалификационной категории, отдающие все свои силы и умения делу врачевания больных. Большой практический опыт у заведующей дневным стационаром и стационаром на дому Елены Актугановой.

и семинары для врачебного и сестринского персонала республики.

Заместитель по диагностической и научно-исследовательской работе, доктор медицинских наук, профессор Александр Азин – автор более 200 научных работ по проблемам физиологии и патологии мозгового кровообращения и геронтологии. Творческое сотрудничество связывает госпиталь с видными научно-исследовательскими коллективами Москвы, Санкт-Петербурга, Казани. Большое внимание придаётся исследованиям в области замедления старения. Александр Леонидович напомнил слова из песни – «жизнь невозможно повернуть назад», но продлить её можно, считает он, и обязательна качественная составляющая.

Большое внимание в лечебном учреждении уделяется вопросам наставничества над молодыми врачами и сёстрами, этике общения с пациентами, а также стилю поведения персонала, внешнему виду и культуре речи. Традиции милосердия, доброжелательности, вежливого и человеческого отношения к больным отображены в Кодексе поведения медицинского персонала. Госпиталь имеет свою символику, утверждённую Геральдическим советом Республики Марий Эл, свой гимн и флаг, что несомненно формирует у сотрудников гордость за своё учреждение.

Среди слагаемых успеха коллектива, безусловно, и деятельность экономического совета, куда входят заместители главного врача, председатель профкома, главный бухгалтер, юристконсульт, главная медицинская сестра. Совместная работа профессионалов позволяет принять грамотное решение, касающееся функционирования госпиталя.

Сестринским персоналом в госпитале руководит главная медицинская сестра, главный специалист по управлению сестринским делом Минздрава республики, председатель Ассоциации средних медицинских работников республики, заслуженный работник здравоохранения Российской Федерации и Республики Марий Эл Евгений Кузьминых.

– Почти 80% среднего медперсонала госпиталя, – говорит Евгения Яковлевна, – имеют квалификационные категории и постоянно совершенствуют своё мастерство, участвуя в семинарах, мастер-классах, научно-практических конференциях, конкурсах, в том числе российского уровня.

В стенах Республиканского госпиталя ветеранов войн активно ведётся научно-исследовательская работа, воспитана целая плеяда молодых учёных. Им есть на кого равняться. Сегодня в госпитале трудятся 1 доктор медицинских наук, 9 кандидатов медицинских и фармацевтических наук. На протяжении многих лет он является базой для практической подготовки студентов Йошкар-Олинского медицинского колледжа. Здесь открыта кафедра терапии Института медицины и естественных наук при Марийском государственном университете. Регулярно проходят региональные конференции

Юбилей

Жизнь невозможно повернуть назад...

Но можно продлить её, сохраняя радость бытия – считают в Йошкар-Оле



Леонид Маркелов (слева) и Анатолий Смирнов на открытии нового корпуса госпиталя

Средняя длительность пребывания на койках терапевтического профиля 13,1-13,7 дня, на хирургической койке – 10 дней. Хирургическая активность составляет 44-45%. В среднем на один койко-день расходуется 283,35 руб. на медикаменты и 110,10 руб. – на питание.

Для некоторых пациентов нахождение в круглосуточном стационаре, в отрыве от привычного быта и родных людей является неприемлемым. Для них организуется стационар на дому как разновидность стационарозамещающих технологий. Ветераны также бесплатно получают лекарственные препараты и лечебные процедуры, диагностические исследования в полном объёме.

В госпитале существует Центр медицинской и социальной реабилитации ветеранов боевых и контртеррористических операций и членов их семей. В школе по организации правильного ухода за тяжелобольными пациентами, работающей уже 5 лет, обучаются навыкам ухода родственники пациентов и медперсонал. В учебно-методическом кабинете врачи и медсёстры осваивают технику выполнения реанимационных пособий и простых медицинских услуг, приобретают навыки работы в медицинской информационной системе. В перспективе планируется открытие гериатрического отделения на 25 коек и организация амбулаторного приёма врача-гериатра. С целью оказания медицинской помощи пациентам со старческой астенией подготовлены сертифицированные кадры – врачи и медицинские сёстры.

Все 45 лет госпиталь держит марку медицинского учреждения, которое идёт в ногу со временем и дорожит репутацией медицинской организации. Здесь применяют новейшие технологии лечения, осваивают самое современное

медицинское оборудование и проявляют исключительную доброжелательность к своим пациентам. Недаром Российский организационный комитет «Победа» во главе с Президентом России вручил главному врачу госпиталя А.Смирнову памятную медаль «70 лет Победы в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг.» за активное участие коллектива в патриотическом воспитании граждан и решении социально-экономических проблем ветеранов.

– Конечно же, я рассматриваю эту награду, – говорит Анатолий Васильевич, – как признание заслуг и оценку работы команды профессионалов, которую удалось сформировать. В госпитале работают только те, для кого наша профессия – истинное призвание.

Заведующие терапевтическим, кардиологическим, неврологическим и хирургическим отделениями стационара, отделением анесте-



С пациентами важно поговорить по душам

свал с журналистским.

Над входом в Республиканский клинический госпиталь ветеранов войн висит эмблема, каждый символ которой содержит глубокий смысл: красный крест означает милосердие медперсонала к своим пациентам, оливковая ветвь – стремление к достижению высоких результатов в лечении и реабилитации, георгиевская лента – участие в ветеранском движении. Все 45 лет существования госпиталя его персонал следует принципам добра и милосердия, заботится о здоровье своих пациентов, создавая для них условия, в которых они в полной мере могут оценить все краски жизни – единственной и неповторимой.

Галина ПАПЫРИНА,
спец. корр. «МГ».

Йошкар-Ола.

Выход из безвыходных ситуаций

Одной из нерешённых проблем онкологии остаются распространённые формы заболеваний. В частности, распространённые интраперитонеально опухоли органов брюшной полости. Продолжительность жизни при канцероматозе брюшины в среднем составляет 6 месяцев. Кроме того, канцероматоз брюшины становится частым проявлением прогрессирования рака желудка, яичников, толстой кишки, других опухолей.

При наличии такого распространения опухолевого процесса в арсенале лечебных возможностей у онкологов до последнего времени оставалась только системная химиотерапия, которая, к сожалению, давала краткосрочный эффект.

Циторедуктивные операции, дополненные гипертермической интраоперационной интраперитонеальной химиотерапией, рассматриваются как наиболее

Ориентиры

Изменяя прогнозы и качество жизни

Сургутская окружная клиническая больница Ханты-Мансийского автономного округа – Югры является одним из лидеров внедрения новых технологий в практику здравоохранения. Сегодня – рассказ об онкологах

раствора происходит в теплообменнике. Применяется изотонический (0,9%) раствор натрия хлорида в объёме 5000 мл; скорость перфузии составляет 1000-3000 мл/мин, градиент температуры во входящих и исходящих дренажах – 1-1,5°C. Для проведения ГИИХ применялись доксорубин, митомицин-С и цисплатин. Дозы цитостатиков для интраперитонеального введения рассчитывались по площади реальной поверхности

ной полости до того, как из-за спаечного процесса образуются сращения свободных раковых клеток в интактной части брюшины.

В онкологическом центре больницы ГИИХ применена у пациентов при раке желудка и яичников. Признаки рецидива и метастазов в течение 4-11 месяцев отсутствуют. Также пациентам проведена системная химиотерапия.

Результаты исследования подтверждают удовлетворительную переносимость комбинированного лечения с применением методики ГИИХ при относительно невысокой частоте осложнений. Условием повышения показателей выживаемости, прежде всего, является адекватность (полнота) циторедукции с учётом биологических особенностей опухоли. Наш начальный опыт свидетельствует о возможности реальной помощи больным раком желудка, рака яичников с перитонеальным канцероматозом. А у пациентов с псевдомикомой и мезотелиомой брюшины новый метод лечения не имеет альтернативы.

Галина ШЕСТАКОВА,
главный врач
Сургутской окружной
клинической больницы,
заслуженный работник
здравоохранения ХМАО – Югры.

Алексей АКСАРИН,
руководитель межрайонного
клинико-диагностического
центра онкологии.

Сергей КОПЕЙКА,
врач-онколог высшей категории.
Арапат ПАРСАДАНЯН,
врач-онколог высшей категории,
доктор медицинских наук,
профессор.

Эlegantная хирургия

В последние десятилетия рак молочной железы становится наиболее частой формой онкологической патологии у женщин; заболеваемость и смертность продолжают возрастать во всех странах мира. Поэтому диагностика и лечение данного заболевания являются важнейшей социальной и медицинской задачей.

Для борьбы с этим недугом 1 ноября 2011 г. на базе Сургутской окружной клинической больницы при поддержке Департамента здравоохранения ХМАО – Югры был открыт первый в округе центр онкологии маммологического профиля.

Здесь выполняется реконструктивно-пластическая онкохирургия, которая представляет собой симбиоз пластической и онкохирургии, её задача – восстановление утраченных в результате онкологической операции органов.

– Внедрение данного раздела хирургии в практику не было бы возможным без хорошего финансирования, ведь для операции используются дорогостоящие расходные материалы, имплантаты, которые закупаются за

860 стационарозамещающих операций, а это самый большой опыт в России. В стационаре прооперировано 1140 пациенток, из них по поводу рака молочной железы – 650. Высокотехнологичных операций с применением различных методик реконструкций (это около 80% от всех видов ВМП) сделано 118.

Что касается новых технологий, то, по словам В.Абунагимов, внедрены в повседневную работу подкожная радикальная мастэктомия с одномоментной реконструкцией имплантатом с укрытием викрило-проленовой сеткой; отсроченные реконструк-



В.Абунагимов

счёт средств бюджета, благодаря чему эти операции для пациентов являются бесплатными, – говорит главный врач Сургутской окружной клинической больницы, заслуженный работник здравоохранения ХМАО – Югры Галина Шестакова. – Степень сложности подобных вмешательств достаточно высока и полностью сравнима с объёмами, оказываемыми в лечебных центрах России.

– При планировании выполнения реконструктивной операции мы тщательно проводим отбор больных, – говорит руководитель центра онкологии маммологического профиля, врач-онколог высшей категории, пластический хирург Виталий Абунагимов.

Он отмечает: ретроспективный анализ 4-летнего опыта работы показывает кардинальное улучшение результатов данных операций.

– Например, мы стали больше выполнять вмешательств с установкой тканевых экспандеров, а восстановление аутотрансплантационными лоскутами используем лишь в том в случае, если есть необходимость укрытия большого раневого дефекта после удаления распадающейся опухоли молочной железы, – поясняет он.

Год назад здесь внедрили реконструкцию с установкой тканевых экспандеров с выносным портом, которые не препятствуют, в случае необходимости, проведению послеоперационной лучевой терапии.

В 2016 г. планируется в одномоментной реконструкции использовать имплантаты с полиуретановым покрытием, которые, на взгляд специалистов, имеют меньший процент ранних, а главное, поздних осложнений (таких, как развитие капсульной контрактуры).

– За 4 года работы штат центра укомплектовали полностью, – отмечает Галина Шестакова. – В амбулаторном звене зафиксировано более 44 тыс. посещений, выявлено 530 случаев онкозаболеваний молочной железы. На диспансерном учёте состоит более 1100 человек. Проведено

тивные операции пациенткам, перенёвшим оперативное лечение по поводу рака молочной железы, а также одномоментные, с установкой тканевых экспандеров с выносным портом. Все радикальные резекции выполняются в онкопластическом варианте.

По показаниям проводится интраоперационная рентгенотерапия, видеоторакоскопическая парастернальная лимфаденэктомия. Внедрена усовершенствованная методика вакуумной тотальной дрель-биопсии (полное удаление доброкачественной опухоли) на аппарате «Маммотом».

В итоге значительно улучшились хирургические результаты и качество жизни пациенток, уменьшились сроки лечения и нетрудоспособности.

Кроме того, в центре организован полный закрытый цикл диагностики и лечения пациенток с заболеваниями молочных желёз, от момента обращения до получения ими специализированного лечения, реабилитации и диспансерного учёта в одном структурном подразделении.

Важно, что врачи центра ежегодно принимают участие в работе всех значимых форумов, посвящённых онкопатологии молочных желёз.

В 2014 г. заведующий онкомаммоцентром В.Абунагимов стал победителем окружного этапа всероссийского конкурса «Лучший врач года».

– В наших планах – развитие такого перспективного направления, как реконструктивно-пластическая онкохирургия, путём индивидуального подхода к каждой оперируемой, – говорит он. – Наш центр – сторонник «эlegantной» хирургии, и мы приложим все силы и умения, чтобы наши пациентки могли получить самую современную специализированную онкологическую помощь, не выезжая за пределы округа.

Регина ЧАГИНА,
внест. корр. «МГ».

Сургут.



В операционной

эффективный метод лечения больных раком желудка, толстой кишки, яичников с перитонеальной диссеминацией. Несмотря на значительную распространённость процесса, такие хирургические вмешательства, как правило, в объёме перитонэктомии и комбинированных (мультивисцеральных) резекций, позволяют улучшить качество жизни и способствуют увеличению её продолжительности.

В онкологическом центре Сургутской окружной клинической больницы циторедуктивные операции с гипертермической интраоперационной интраперитонеальной химиотерапией (ГИИХ, HIPEC) открытым и закрытым методом с применением установки Performer HT выполняются с 2015 г.

Сейчас с их помощью сургутские онкологи спасают жизни пациентов в тех ситуациях, которые прежде считались безысходными. В частности, речь идёт о перитонеальном канцероматозе, то есть о распространении раковых клеток на брюшину. При этом особо эффективна эта технология при раке яичников, псевдомикоме брюшины и опухолях, исходящих из аппендикса. Неплохие результаты она даёт также при перитонеальном канцероматозе на фоне колоректального рака, некоторых вариантов рака желудка и рака тонкой кишки, при перитонеальной мезотелиоме и первичной карциноме брюшины.

Принцип ГИИХ заключается в повышении (до 42-43°C) температуры перфузионного раствора с химиопрепаратами, который циркулирует в стерильном контуре и поступает по дренажам в брюшную полость. Нагревание

тела больного. ГИИХ выполнялась на операционном столе после перитонэктомии.

К сожалению, ГИИХ показана не каждому пациенту. В каждой отдельной клинической ситуации вопрос о целесообразности этой процедуры решается сугубо в индивидуальном порядке.

В роли абсолютных противопоказаний выступают: наличие многочисленных отдалённых, локализующихся вдали от брюшной полости, метастатических очагов (в лёгких, костях, головном мозгу), обширное поражение брюшины, вовлечение в процесс жизненно важных органов (по типу прорастания опухолью аорты) и выраженное ухудшение общего физического состояния пациента.

Преимуществом ГИИХ является то, что противоопухолевые препараты вводятся непосредственно в брюшную полость в значительно более высоких по сравнению с традиционной системной химиотерапией дозировках, благодаря чему обеспечивается их более высокая концентрация в поражённых тканях при минимальном риске осложнений. Использование в этот момент высоких температур, к которым злокачественные опухолевые клетки более чувствительны, чем непоражённые ткани, усиливает терапевтический эффект, потенцируя проникновение цитостатиков в ткани.

Во время ГИИХ уничтожаются остаточные и рассеянные из новообразования раковые клетки и свободные опухолевые клетки. В процессе проведения этой процедуры химиотерапевтические препараты имеют возможность распределиться по всей брюш-

Руководство Министерства здравоохранения Новосибирской области и регионального Центра по профилактике и борьбе со СПИДом презентовали журналистам новый вариант скрининга на носительство вируса иммунодефицита человека: по районам города и области будет курсировать мобильный пункт тестирования на ВИЧ-инфекцию.

По словам заместителя министра Ярослава Фролова, передвижная экспресс-лаборатория на базе микроавтобуса появится в распоряжении медиков уже в ближайшие недели. Экспресс-тестирование проводится по слюне, бесплатно и добровольно. Подробности же о механизме данного метода исследования и о степени достоверности его результатов остались за кадром.

Первыми в списке обследуемых значатся посетители ночных клубов. Вероятно, этот контингент занимает одну из лидирующих позиций в группе риска по инфицированию, коль скоро из озвученных данных следует, что в 2015 г. в Новосибирской области зафиксирован существенный рост заболеваемости ВИЧ среди социально адаптированных групп населения. Как пояснил представитель Минздрава, это не лица, которые «употребляют медицинские препараты в немедицинских целях, не какие-то маргинальные граждане» – это люди, не очень разборчивые в сексуальных партнёрах. Только за текущий год число заразившихся ВИЧ половым путём выросло на 42%.

Я.Фролов посетовал на то, что в последнее время тема ВИЧ/СПИДа стала восприниматься людьми уже не так остро, как в 90-е годы, когда о страшной африканской напасти писали все СМИ, «включая журнал «Мурзилка». Сегодня «население успокоилось», да и журналисты вспоминают о данной проблеме

Инициатива

«Плюнь» на ВИЧ, читай «Мурзилку»

Что помогает сибирским врачам в борьбе с ВИЧ-инфекцией, а чего не хватает для этого?



Министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова открывает в Москве акцию «Всероссийский день тестирования на ВИЧ»

в основном сезонно – к Всемирному дню борьбы со СПИДом, который отмечается 1 декабря.

Между тем именно за последние 10 лет наша страна накопила такой груз ВИЧ-инфекции, что пришло время громко бить в набат. По информации Центра антиСПИД, за 10 месяцев 2015 г. в России выявлено более 73 тыс.

новых случаев ВИЧ-инфекции, это на 12% больше, чем за аналогичный период 2014 г. По показателю заболеваемости (в целом по РФ он составляет 50,4 случая на 100 тыс. населения) в нынешнем году в «передовиках» оказались Кемеровская область (195,6 на 100 тыс. населения), Свердловская (152), Новоси-

бирская (124,8), Томская (122,5) области, Алтайский край (111,8).

Что касается абсолютных цифр, в Новосибирской области за 25 лет наблюдения зарегистрировано 28 499 случаев заболевания, причём только в нынешнем году – более 3300. Такой темп распространения вируса, равно как и увеличение доли полового пути инфицирования до 42%, не могут не пугать специалистов.

«Необходимо использовать как можно больше каналов коммуникации, важно привлечь внимание к данной проблеме широких слоёв населения, поскольку наблюдается тенденция увеличения числа заболевших ВИЧ среди социально благополучных групп населения», – убеждён заместитель главного врача Новосибирского центра по профилактике и борьбе со СПИДом Юрий Соколов.

В Республике Хакасия с начала года ВИЧ впервые диагностирован у 339 человек. В 10 раз меньше, чем в столице Сибири – казалось бы, о чём вообще говорить? Однако в региональном Управлении Роспотребнадзора считают, что повод для тревоги есть: вновь заболевших в 2,8 раза больше, чем год назад. Даже при том, что общее число зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции в республике со-

ставляет всего 1106, эпидемическую ситуацию здесь называют напряжённой и ведут масштабную информационно-просветительскую кампанию.

В Республике Тыва цифры, касающиеся ВИЧ-инфекции, также несопоставимы с новосибирскими: 10 новых случаев инфицирования и общее число больных – 133. Тем не менее опубликованные здесь данные вызывают вопросы. Так, по информации Республиканского центра по профилактике и борьбе со СПИДом, показатель заболеваемости в Туве составляет чуть больше 3 случаев на 100 тыс. населения, и в сравнении с прошлым годом он не только не вырос, но даже снизился на 29,5%. И это учитывая, что, по информации того же центра, в отличие от других территорий Сибири в республике изначально доминирует половой путь передачи инфекции: здесь на него приходится 66,6% всех случаев передачи вируса. Опыт, достойный изучения! Каким же образом всего за один год региону удалось так сильно поднять уровень сексуальной культуры населения?

В Томской области в канун 1 декабря региональное Управление Роспотребнадзора тоже подготовило статистические данные по распространению ВИЧ-инфекции. С начала 2015 г. ВИЧ-инфекция впервые выявлена у 1535 человек, из которых 21 ребёнок и 5 подростков. Цифры, которые говорят сами за себя: беда не за горами, она уже здесь. Может, на самом деле пора вспомнить и про «Мурзилку»?

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Новосибирск – Томск –
Абакан – Кызыл.

Фото
Александра ХУДАСОВА.

Профилактика

– Рост ответственности продавцов и ужесточение запрета на продажу табачных изделий несовершеннолетним помогли добиться почти двукратного снижения подросткового курения в России с 2000 г., – сообщили руководители Общественного совета по проблеме подросткового курения на пресс-конференции, посвящённой 15-летию своей работы.

Уровень курения среди подростков в России снизился почти вдвое за последние 15 лет: с 59% – в 2000-м, до 31% в 2015 г., сообщила на днях руководитель Северо-Западного отделения Общественного совета по проблеме подросткового курения Анна Сорочинская со ссылкой на данные всероссийских исследований ЦЭССИ (2000) и РОМИР (2015).

«Позитивная тенденция подтверждается и международными данными: в 1999–2011 гг. европейское исследование ESPAD зафиксировало сокращение подросткового курения в России в 1,5 раза. Соблюдение запрета на продажу сигарет подросткам является ключевым фактором в борьбе с детским курением. Мы работаем с предприятиями торговли по всей России уже 15 лет и видим большой прогресс», – констатировала она.

Реализуемая Общественным

Запрет во благо

Продажа сигарет подросткам – это преступление

советом с 2000 г. программа предотвращения продажи сигарет подросткам направлена на информирование продавцов о законодательном запрете на продажу табачных изделий несовершеннолетним. За 15 лет работы совет провёл семинары для более 250 тыс. сотрудников 50 тыс. розничных точек в 60 регионах России. Около 100 тыс. магазинов по всей стране оснащены наклейками с предупреждением, что здесь не продают сигареты лицам моложе 18 лет.

«После обучения у продавцов уже не остаётся сомнений, что продажа сигарет подросткам – это преступление. Повышается чувство ответственности работодателей как крупных сетей, так и мелкой розницы», – отметила руководитель Южного отделения Общественного совета по проблеме подросткового курения Светлана Чернышова.

С 2010 г. по заказу общественного совета исследовательский холдинг РОМИР проводит контрольные закупки и социологи-

ческие исследования в регионах России до и после реализации программы. В 2015 г. доля продавцов, отказавшихся продать табачные изделия подросткам, в крупных городах РФ достигла 78–88%.

«Ещё 3 года назад ситуация была обратной: к примеру, в 2012 г. в Новосибирске 66% продавцов продали сигареты подростку, в этом году – только 12%. Это, впрочем, тоже значительная цифра и говорит о том, что нашу работу необходимо продолжать», – сказала С.Чернышова.

Большую обеспокоенность у общественного совета вызывает рост нелегальной торговли табачной продукцией в России. Теневые торговцы не требуют у покупателей паспорт и не обращают внимания на их возраст. Мировой опыт показывает: чем выше в стране уровень развития незаконной торговли табачными изделиями, тем больше распространено курение среди подростков.

«Это создаёт угрозу возникновения неконтролируемого доступа подростков к сигаретам, которая, к сожалению, подтверждается исследованиями», – отметила А.Сорочинская.

Исследование РОМИР в 8 крупных городах в разных федеральных округах РФ показало, что сегодня подростки имеют возможность купить сигареты через нелегальные каналы продаж – у уличных торговцев с рук, а также сами участвуют в торговле табачными изделиями.

В среднем 5% курящих респондентов сообщили, что покупают сигареты с рук у торговцев на улице. В тех городах, где зафиксирован более высокий процент приобретения сигарет подростками в нелегальных каналах (6–10%), наблюдается и более высокий уровень подросткового курения (34–41%). Каждый 10-й опрошенный подросток указал, что сигаретами торгуют его несовершеннолетние друзья. А каждый 20-й признался, что иногда

сам продаёт табачные изделия своим сверстникам.

«Для нас жизненно важно создать эффективный механизм реализации законодательных ограничений в области подросткового курения и предотвратить распространение нелегального рынка. Если это удастся, у России есть все шансы стать страной с самым низким уровнем подросткового курения в Европе», – заключила А.Сорочинская.

В 2015 г. по инициативе общественного совета созданы рабочие группы по противодействию доступу несовершеннолетних к табачной продукции при правительстве 10 субъектов РФ. Ими предложен целый ряд административных, социальных и юридических мер, направленных на окончательное решение проблемы. Одна из них – возврат МВД России полномочий по составлению протоколов нарушения запрета на продажу сигарет несовершеннолетним.

Алексей ПАПЫРИН,
корр. «МГ».

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 83 (1935)

Пациент 29 лет с метастатической тимомой наблюдался амбулаторно по поводу некупируемой в течение месяца диареи. Диагноз тимомы был поставлен 5 лет назад, когда была произведена рентгенография грудной клетки по поводу острой боли в левом плече.

На рентгенограмме видны большое объёмное образование в средостении и выпот в левой плевральной полости (фото 1 А). При КТ в переднем средостении выявлена мягкотканая масса размером сверху вниз 10 см, в поперечнике 10,1 см и в переднезаднем размере 5 см (фото 1 В), а также в левой плевральной полости мягкотканые узлы, выпот и ателектаз (фото 1 С).

По данным ПЭТ с F-fluorodeoxyglucose обнаружено потребление контраста в указанных выше медиастинальных массах и плевральных лимфатических узлах слева, которые были расценены как метастазы в плевру.

МРТ головы не выявило отклонений.

Выполнена бронхоскопия с видеоассистированной торакоскопией левого лёгкого и плевральной полости. В биоптате плевры обнаружены гнезда эпителиальных опухолевых клеток, некоторые из которых соединены с лимфоцитами, отделённых толстыми гиалинизированными фиброзными тяжами (фото 2 А и В). При окраске плеврального биоптата гематоксилином и эозином выявлены признаки тимомы типа В2 с участками типа В3. Методом цитофлуометрии обнаружены незрелые Т-клетки, которые содержали тимоциты.

Уровни человеческого хорионического гонадотропина и альфа-фетопротеина были в норме. После трёх циклов химиотерапии доксорубицином, цисплатином, винкристином и циклофосфамидом была выполнена тимэктомия. Резецированный участок представлял собой жёлтую некротическую массу размером 6,5 x 5,9 x 3 см. Признаков опухоли

при микроскопическом исследовании не выявлено. В плевре также никаких изменений не было.

13 месяцев спустя больному была произведена КТ грудной клетки, которая выявила новое узелковое уплотнение плевры левого лёгкого, что наводило на мысль о метастатической болезни. После этого проводился мониторинг с помощью серии КТ. Примерно

через 2,5 месяца до госпитализации отмечались эпизоды сухого кашля, которые продолжались несколько минут и иногда сопровождались рвотой и болью в стенке грудной клетки справа. Диспноэ в покое не наблюдалось. Патогистологическое исследование биоптата, полученного с помощью пункции плевры, подтвердило наличие метастатической тимомы. При проведении полимеразной цепной реакции не было выявлено мутации в каком-либо из 68 локусов из 14 канцерассоциированных генов.

Была назначена терапия доксорубицином, цисплатином, винкристином и циклофосфамидом с последующим назначением сунитиниба. Отмечен транзиторный положительный эффект в отношении кашля. Процесс лечения осложнился несколькими эпизодами лихорадки и кашля (по крайней мере три из них были документально доказаны как бактериальная пневмония) и интермиттирующим кандидозным стоматитом.

За 6 месяцев до госпитализации было начато лечение препаратом, проходившим испытание, – селективный ингибитор фосфатидилинозитол-3-киназа (ФИЗК) изо-

форма β (phosphatidylinositol 3-kinase isoform β). В конце 2-го и 4-го циклов терапии повторные сканирования показали стабилизацию болезни. За 4 недели до госпитализации в конце 5-го цикла развилась диарея; отмечались эпизоды жидкого стула с нарастающей частотой до 10-12 в день объёмом до 250 мл; случаи тошноты и рвоты, несмотря на назначение лоперамида гидрохлорида, раствора дезодорированной тинктуры опия (10 мг морфина в 1 мл раствора) и дифеноксилат/атропина. Цвет стула, со слов больного, варьировал в зависимости от потребляемой пищи. Боли в животе, стула с кровью или мелены не было.

За 13 дней до госпитализации была выполнена КТ брюшной полости малого таза, которая выявила круговое уплотнение стенки сигмовидной кишки и выбухание vasa recta, что говорило в пользу наличия воспаления

долговременные исследования применения иРЭФР, один из которых также получал данные пациент.

Подводя итог, можно сказать, что обычно диарея контролировалась немедленной отменой таргетной терапии, но это не сработало в описываемом случае.

Иммуномодуляторы могут быть причиной диареи как следствие иммунопосредованного энтерита. Антитела против цитотоксического Т-лимфоцитарного антигена 4 (ЦТЛА-4), например ипилимумаб, могут вызвать тяжёлый энтерит. Исследование биоптатов обнаружило инфильтрацию нейтрофилами, лимфоцитами и смешанную инфильтрацию. По сравнению с иЦТЛА-4, таргетные ингибиторы протеина, программирующего смерть 1 (иПС-1), или его лиганд, такие как риволумаб, пембролизумаб или MPDL3280A, могут быть ассоциированы с низкой частотой диареи.

Тимома, диарея и потеря массы тела

Клинический разбор

(фото 1 D). Увеличение подвздошных лимфатических узлов свидетельствовало о прогрессировании метастатической болезни. КТ грудной клетки выполнена в тот же день и показала плевральные и лёгочные узлы без изменений. Это свидетельствовало о стабильности торакальных метастазов (фото 1Е).

Уровень мочевой кислоты в крови был 11,4 мг/дл или 678 мкмоль/л (норма 3,6–8,5 мг/дл, или 214–506 мкмоль/л). Применение указанного выше агента, проходившего испытание (ФИЗК), было прекращено после 5 циклов без заметного эффекта на диарею. 6 дней спустя за 1 неделю до госпитализации исследование стула на Clostridium difficile было отрицательным. Культуральное исследование не выявило каких-либо кишечных патогенов.

Неделю спустя больной был обследован амбулаторно по поводу упорной диареи. Он жаловался на лёгкую тошноту без рвоты, лихорадки или озноба; отмечался плохой аппетит, нарастающее утомление, постоянная боль в грудной клетке, головная боль по ночам, диспноэ при подъёме по лестнице, сухость губ, полости рта и кожи рук. За последний месяц больной потерял до 9 кг веса. Принимал в это время аллопуринол, раствор дезодорированной тинктуры опия (0,6 мл 4 раза в день), гидроморфин, гуайфенезин (guaifenesin), дифеноксилат/атропин, хлорид калия и при кашле бензонатат (benzonatate). У него была аллергия на ванкомицин, омега-3.

Больной работал ритейлером (розничный продавец). Не курит, не употребляет алкоголь или запрещённые препараты. У деда по линии отца был рак, вероятно предстательной железы. В остальном семейный анамнез без особенностей.

При обследовании (в больнице): витальные показатели и оксигенация крови были в норме. Живот мягкий, слегка болезнен при глубокой пальпации в правом верхнем квадранте, без напряжения и вздутия. Других отклонений при физикальном обследовании не отмечено. Лабораторные показатели – гематокрит, гемоглобин, тромбоциты, электролиты в плазме в норме. Также в норме в биохимическом анализе крови уровни глюкозы, общего белка, альбумина, глобулина, мочевой кислоты, фосфора, магния, общего и прямого билирубина, АЛТ и ЛДГ, функциональные показатели почек. Анализ на ЦМВ – отрицательный.

Были выполнены диагностические процедуры.

Дифференциальный диагноз

Диарея при онкологическом заболевании

У 80% больных причиной диареи могут быть противораковые препараты. Флуоропиримидины, такие как флуороурацил и иринотекан, вызывают диарею наиболее часто. Больной не получал ни одного из этих препаратов. Таргетные препараты также часто ассоциируются с диареей. Пероральные тирозинкиназа, ингибиторы рецептора эпидермального фактора роста (иРЭФР) – гефитиниб, эрлотиниб и афатиниб вызывают диарею почти у половины больных, получающих эти препараты. Однако тяжёлая диарея, наблюдавшаяся у обсуждаемого больного, бывает далеко не часто. Ингибиторы мультитикиназы – сунитиниб, сорафениб и иматиниб тоже вызывают диарею почти у половины больных.

Патогенез этого осложнения не ясен, хотя кишечные клетки Cajal, которые действуют как пейсмекеры стенки кишечника, экспрессируют kit, известный как цель (target) этих ингибиторов. Больной получал сунитиниб, который был отменён, как только у него развилась диарея. Отсутствуют

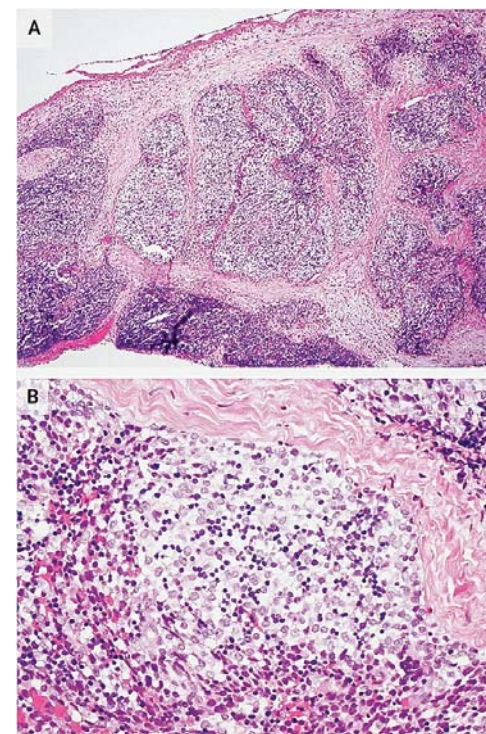


Фото 2. Биоптат плевры (Hematoxylin and Eosin)

А. Малое увеличение: лобулярная сеть эпителиальных опухолевых клеток с немногочисленными примесями лимфоцитов, отделённых утолщёнными гиалинизированными волокнами; эти признаки соответствуют тимоме В2.

В. Большее увеличение: несколько участков изменённых лимфоцитов; опухолевые клетки с везикулярным хроматином, малые ядра, слегка нарушенные мембраны ядер и хорошо определяемая цитоплазматическая кайма – признаки тимомы В3.

Эти наблюдения проливают свет на то, что диарея может быть гастроинтестинальной манифестацией нерегулируемой иммунной системы, которая вполне возможна в таком случае, как у наблюдавшегося больного, имеющего тимому, опухоль, ассоциируемую с проявлениями аутоиммунитетности.

Раковая опухоль также может быть причиной диареи, так как может секретировать гормональные субстанции. Например, нейроэндокринные опухоли могут секретировать vasoактивный интестинальный пептид (ВИП), который является потенциальным стимулятором циклического аденозинмонофосфата. Сходным образом карциноидные опухоли могут секретировать серотонин, который вызывает выраженную диарею, часто как часть синдрома карциноида (диарея, прилив крови к лицу, бронхоспазм). Медулярный рак щитовидной железы может привести к диарее посредством повышенной секреции кальцитонина, который действует как активатор кистозного фиброза через регулятор трансмембранного транспорта. Однако отсутствуют сообщения о том, что тимома секретирует гормональные субстанции, которые могут вызвать диарею.

Наконец, у больных с онкологической патологией всегда следует иметь в виду и инфекцию. Примерно у 20% госпитализированных больных отмечается колонизация C. difficile, которая продуцирует токсины, вызывающие тяжёлую диарею. Рак и лечение химиопрепаратами являются предрасполагающими факторами развития осложнений, вызванных C. difficile. В этом наблюдении исследование на этот патоген дало отрицательный результат.

Некоторые больные с тимомой могут иметь иммунодефицит. Имеется ряд сообщений об

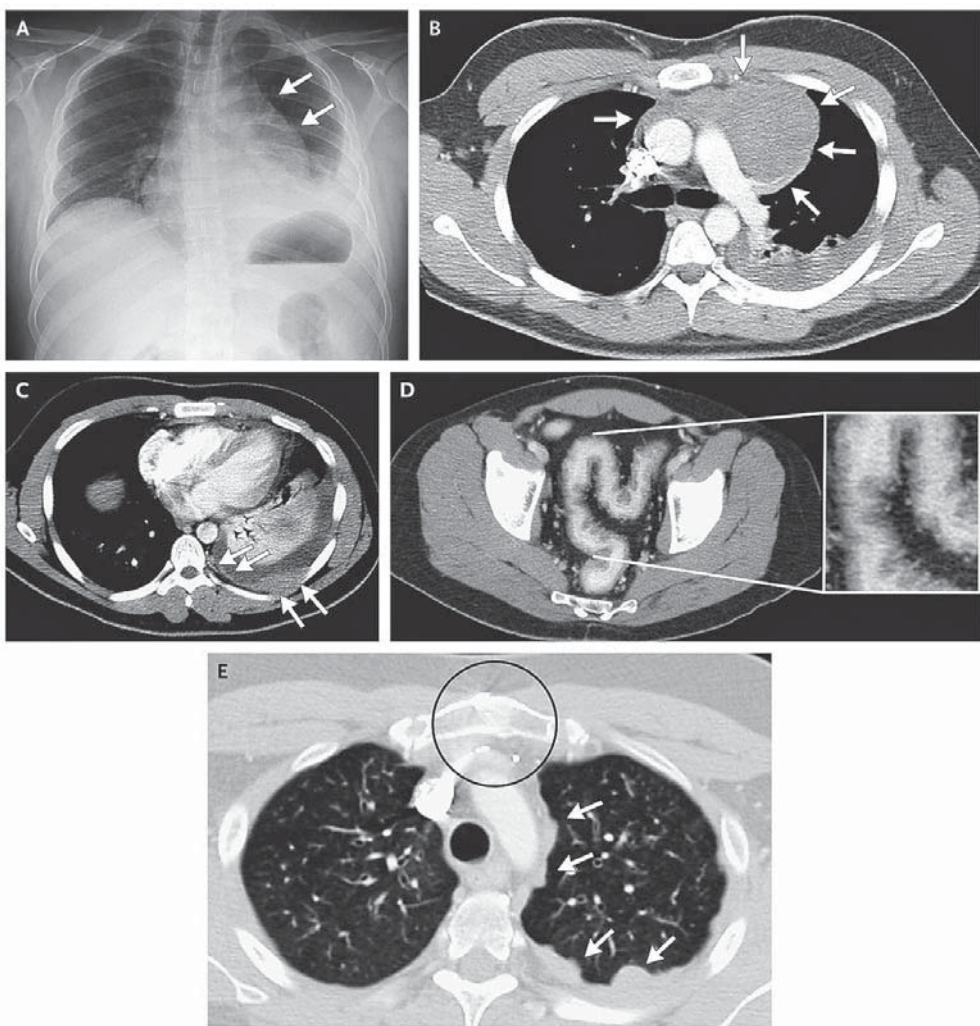


Фото 1. Результаты диагностических исследований

А. Рентгенограмма грудной клетки в прямой проекции, выполненная за 5 лет до госпитализации: объёмное образование в средостении (стрелки), которое сдвигает трахею вправо, и выпот в левой плевральной полости.

В. КТ с контрастом грудной клетки, аксиальная проекция: мягкотканая масса в переднем средостении, примыкающая к лёгочной артерии и восходящей части аорты (стрелки), и плевральный выпот слева.

С. КТ с контрастом нижней части грудной клетки, аксиальная проекция: нодулярное утолщение плевры слева (стрелки), небольшой плевральный выпот слева и ателектаз нижней доли левого лёгкого.

Д. Повторная КТ с контрастированием на 13-й день до госпитализации, аксиальная проекция: круговое утолщение стенки сигмовидной кишки и выбухание vasa recta (вставка справа).

Е. Последующее исследование. КТ с контрастом грудной клетки в аксиальной проекции: срединная стернотомия и ретростеральные хирургические клипсы (в круге), признаки тимэктомии, а также круговое нодулярное утолщение плевры, включая медиастинальную плевру (стрелки), свидетельствующие о метастатической болезни.

оппортунистических инфекционных агентах, приводящих к диарее, таких как *Isospora belli* и *Giardia lamblia*. Культуральное исследование на эти микроорганизмы у больного дало отрицательный результат.

Иммунологические осложнения тимомы

КТ брюшной полости показала утолщение стенки толстой кишки, что указывало на диффузный колит. Инфекция была исключена. Диарея могла быть осложнением химиотерапии, которую получал больной. Однако прекращение химиотерапии не остановило диарею. Возможно, имел место иммунологический механизм развития диареи.

Иммунологические нарушения при тимоме включают иммунную недостаточность и аутоиммунные нарушения. Проявлениями иммунной недостаточности являются дефекты В- или Т-клеток адаптивной иммунной системы. Проявлением аутоиммунных нарушений – иммуноопосредованная цитопения, аплазия эритроцитов, *myasthenia gravis*, *stiff person* синдром, красный плоский лишай ротовой полости, *remphigus vulgaris* и аутоиммунная энтеропатия.

Иммунодефицит и тимома. У больного были признаки повреждения иммунитета: рецидивирующий бронхит или пневмония (по крайней мере три подтвержденных эпизода бактериальной пневмонии), а также эпизоды ротоглоточного и пищеводного кандидоза, возможно и кандидозный баланит. Ассоциация между иммунодефицитом и тимомой была описана в 1954 г. Robert Goodet al и теперь называется «синдром Гуда».

От 6 до 10% больных с тимомой имеют гипогаммаглобулинемию. А среди больных с гипогаммаглобулинемией от 3 до 6% имеют тимому. Признаками синдрома Гуда являются отсутствие или низкий уровень В-клеток в периферической крови, низкий уровень сывороточных иммуноглобулинов, CD4-лимфоцитопения, обратное соотношение клеток CD4 к CD8, в клинике – рецидивирующие синопульмональные инфекции, признаки недостаточности клеточного звена иммунитета.

Повторные синопульмональные инфекционные заболевания наблюдаются у 60% больных синдромом Гуда, кандидозные инфекции – у 24%, бактериемия – у 14%, инфекционные диареи – у 12% и цитомегаловирусные заболевания – у 10%. Многие из этих патологий, присущих синдрому Гуда, присутствуют в истории болезни наблюдавшегося больного. Лабораторные исследования должны включать определение уровня сывороточных иммуноглобулинов и субпопуляции Т-клеток в периферической крови.

Патофизиология синдрома Гуда не вполне понятна, но имеются признаки остановки развития пре-В-клеток в костном мозгу. Маловероятны другие иммуноопосредованные цитопении, которые можно наблюдать у больных с тимомой. Цитопения при синдроме Гуда не поддается воздействию глюкокортикоидов или иммуносупрессантов. Результаты одного исследования показали, что Т-клетки, которые были выделены при тимоме, могут ингибировать продукцию иммуноглобулинов и рост пре-В-клеток в группе контроля.

Аутоиммунные процессы и тимома. Аутоиммунная патология также ассоциирована с тимомой. Более половины больных синдромом Гуда имеют клинические признаки аутоиммунных нарушений, о которых говорилось выше. Неинфекционная диарея, которая была наиболее значимым симптомом у обсуждаемого больного, обычно наблюдается у 50% всех больных с этим синдромом. Имеется несколько публикаций об аутоиммунной энтеропатии как причине диареи.

Аутоиммунная энтеропатия характеризуется персистирующей водянистой диареей (каковая была у больного) и мальабсорбцией. Аутоантитела против энтероцитов и не связанные с энтероцитами антигены могут быть выявлены методом иммунофлуоресценции. Аутоиммунные энтеропатии наблюдаются как при синдроме Гуда, так и при больных с другими патологиями, при которых имеют место нарушения иммунорегуляции. Такие, как IPeX-синдром (иммунная дисрегуляция, полиэндокринопатия, энтеропатия X-linked), который является результатом нарушения развития регуляции Т-клеток вследствие мутации FOXP3-гена, так же как хроническая болезнь «трансплантат-против-хозяина».

Механизм, лежащий в основе аутоиммунных нарушений у больных с тимомой, не ясен, но полагают, что он связан с нарушением функции эпителия тимуса. В 95% случаев тимомы возникают из эпителиальных клеток тимуса, которые недостаточно экспрессируют аутоиммунный регулятор AIRE, фактор транскрипции, функция которого экспрессировать периферический, ограниченный тканью антиген (peripheral tissue-restricted antigen) в мозговом слое тимуса и индуцировать толерантность к этому антигену через делецию (негативная селекция) аутореактивных Т-клеток.

Диагноз P.fidias – колит, возможно аутоиммунный.

Диагноз A.Long – тимома-ассоцииро-

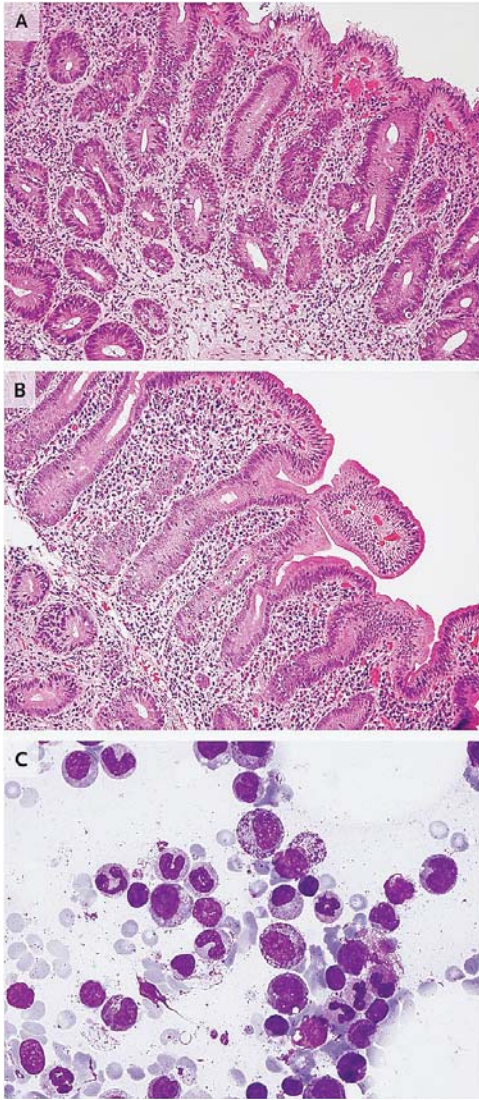


Фото 3. Биоптаты толстой кишки, двенадцатиперстной кишки и костного мозга

А. Биоптат толстой кишки (hematoxylin and eosin): эпителий слизистой оболочки реактивно поврежден, выраженный апоптоз клеток крипт, потеря бокаловидных клеток.

В. Биоптат двенадцатиперстной кишки (hematoxylin and eosin): укорочение ворсинок слизистой оболочки, реактивное повреждение эпителия, апоптоз базальных клеток, потеря бокаловидных и Paneth-клеток.

С. Мазок аспирата костного мозга (Wright Giemsa): многочисленные прекурсоры зрелых миелоидных клеток, но отсутствие прекурсоров эритроидных клеток.

ванный клеточный и гуморальный иммунодефицит (синдром Гуда) и аутоиммунная энтеропатия.

Патологоанатомическое обсуждение

Больному были выполнены диагностические колоноскопия и эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС). Исследование биоптата восходящего и нисходящего отделов толстой и прямой кишок выявило реактивное поражение эпителия слизистой оболочки этих отделов кишечника, заметный апоптоз клеток крипт, небольшой лимфоцитоз и интенсивную потерю бокаловидных клеток (фото 3 А). Выраженный апоптоз клеток крипт, который напоминает таковой, наблюдаемый у больных с болезнью «трансплантат-против-хозяина», является признаком аутоиммунной энтеропатии. Этот диагноз поддерживается отсутствием бокаловидных клеток. Исследование биоптата слизистой двенадцатиперстной кишки выявило хронический дуоденит с укорочением высоты ворсинок, реактивное поражение эпителия, апоптоз базальных клеток и потерю бокаловидных Peneth-клеток (фото 3 В). Эти находки также указывают на наличие аутоиммунной энтеропатии.

Исследование с иммуногистохимической окраской на антитела к энтероцитам дало дважды положительный результат. Находки при исследовании интестинальных биоптатов, полученных во время рецидива тимомы, указывали на тимома-ассоциированную аутоиммунную энтеропатию, которая известна как колитоподобная болезнь «трансплантат-против-хозяина», ассоциированная со злокачественной тимомой. Больные с этой болезнью, как было показано, страдают диареей, которая отчасти отвечает на лечение глюкокортикоидами. Эта болезнь присутствовала у больного во время рецидива тимомы.

Она, как оказалось, является подтипом аутоиммунной энтеропатии взрослых, которая ассоциирована с циркулирующими антителами к энтероцитам кишечника. Находки в тонкой и толстой кишках при аутоиммунной энтеропатии были такими же, как у наблюдавшегося больного – укорочение высоты ворсинок, потеря бокаловидных и Peneth-

клеток, апоптоз крипт-клеток и небольшой лимфоцитоз.

Флоуметрия периферической крови показала уменьшение общего числа CD3+ Т-клеток (403/мм³ при норме 690-2540), CD4+ Т-клеток (155/мм³ при норме 419-2590) и CD19+ В-клеток (42/мм³ при норме 90-660); общее число CD8+ Т-клеток было в пределах нормы. Уровни сывороточных иммуноглобулинов были также снижены, IgG 558 мг/дл (норма 614–1295) и IgM 31 мг/дл (норма 53-334); уровень IgA был в пределах нормы. Эти находки соответствуют клиническим характеристикам при синдроме Гуда.

5 месяцев спустя после госпитализации была выполнена биопсия костного мозга, так как у больного развилась анемия. Исследование биоптата показало небольшую гипоплазию, зрелые предшественники миелоидных клеток и мегакариоцитов, но не предшественники эритроидного роста даже при иммунной окраске E-cadherin (фото 3 С). Эти результаты указывали на аплазию эритроцитов. Приобретенная аплазия эритроцитов наблюдается редко и часто иммунологически опосредована заболеванием, ассоциированным с различными патологиями, включая злокачественные опухоли, такими как тимома. Резекция только тимомы не приводит к восстановлению нормального эритропоэза в большинстве случаев.

Аутоиммунная энтеропатия и аплазия эритроцитов, которые выявлены у больного, наиболее вероятно вызваны тимома-ассоциированным аутоиммунным нарушением. На основании представления о патогенезе стимуляция CD4+ Т-клеток энтероцитами с aberrантной экспрессией антигенами II класса главного комплекса гистосовместимости может скоординировать иммунный ответ, который вызовет продукцию В-клетками антител. Антитела против энтероцитов бокаловидных клеток обычно присутствуют у больных с аутоиммунной энтеропатией, в том числе у некоторых больных с рецидивирующей тимомой, как это было у обсуждаемого больного. Эти антитела могут прийти и уйти во время рецидива тимомы и лечения.

Обсуждение ведения больного

Воздействие на тимому могут оказывать самые различные химиопрепараты. К сожалению, о клинических исследованиях 3-й стадии при этом редком заболевании ничего неизвестно, а имеющиеся стандарты лечения основаны только на данных небольших исследований 2-й стадии.

Согласно ретроспективному обзору, выполненному Восточной кооперативной онкологической группой (Eastern Cooperative Oncology Group), начинать терапию следует с комбинированного режима, который включает цисплатин, что даёт значительный продолжительный эффект выживания, чем применение только одного цисплатина. Некоторые платинумсодержащие режимы лечения, которые применяются в последние годы, дают положительный эффект в 30-90% случаев, а период выживания длится от 15 до 70 месяцев. Результаты лечения различаются скорее в зависимости от популяции пациентов, а не от различий в активности применяемого режима лечения.

Данный больной дал хороший ответ на платинумсодержащий режим лечения, но у него развился рецидив. Важно отметить, что продолжительность периода выживания у больных с тимомой может быть очень большой (как в обсуждаемом случае) из-за биологической малосимптомности большинства опухолей тимуса.

В настоящее время нет стандартов лечения рецидивирующей или рефрактерной тимомы. Рецепторы соматостатина присутствуют в ткани тимуса, и в данном случае с аплазией эритроцитов тимомой применение октреотида и преднизолона привело к полной ремиссии. В двух публикациях сообщается, что применение октреотида и преднизолона дало положительный результат у 30-37% больных. Комбинация capecitabine и gemcitabine дала поразительный результат и выживаемость до 11 месяцев у больных с тимомой, у которых прежде безуспешно применялась массивная терапия.

Тимома не относится к числу кандидатов на генную таргетную терапию. Сравнительные геномные исследования с применением гидролизатов выявили некоторые хромосомные нарушения, такие как появление хромосомы 1 и потеря хромосомы 6 в кластере тимом типа В3 и карцином тимуса. Известных онкогенов не было найдено, особенно в гистологических типах неагрессивных тимом. Экспрессия EGFR наиболее часто выявляется при карциноме тимуса, чем при тимоме (> 60% против < 20%), но мутации исключительно редки при обеих опухолях. Сверхэкспрессия c-kit наблюдается почти исключительно при карциноме тимуса. В малой подгруппе больных, у которых имела место сверхэкспрессия c-kit, отмечена мутация c-kit (10%). Есть сообщение об эффекте применения erlotinib, imatinib и антитела EGFR – cetuximab; однако в нескольких исследованиях отмечается,

что применение этих препаратов в неселективных популяциях не показало адекватной активности. В недавних исследованиях показано наличие результата от применения различных таргетных препаратов – cixutumumad, everolimus и sunitinib. Наблюдавшемуся больному назначение единственного препарата – или remetrexed или gemcitabine было обоснованным выбором, памятуя о том, что его клиническое состояние позволяло дополнить терапию.

Лечение

Больному с гипогаммаглобулинемией, которая типична для синдрома Гуда, требуется заместительная терапия иммуноглобулином в режиме ежемесячных внутривенных введений гаммаглобулина (в типичных случаях 400–600 мг/кг) или эквивалентной дозы этого же препарата подкожно. Нарушение клеточного иммунитета у наблюдавшегося больного более сложное, чтобы ограничиться только этой терапией. Ему требуется раннее специфическое лечение антимикробными препаратами, в том числе и противогрибковыми. Аутоиммунные нарушения тимомы у этого больного потребовали применения иммуносупрессантов, в частности глюкокортикоидов, циклоспорина, азатиоприна, микофелата мофетина и ритуксимаба. Лечение аутоиммунной энтеропатии обычно требует применения глюкокортикоидов per os, которые дают положительный результат примерно в 60% случаев. Если глюкокортикоиды не эффективны, назначают альтернативные иммуносупрессанты. Однако в настоящее время отсутствуют масштабные или контролируемые исследования по применению этих препаратов при аутоиммунной энтеропатии. Имеется сообщение о единственном случае, в котором отмечен положительный результат от применения инфликсимаба и абатацепта (abatcept) у больного, и у одного больного – от инфузий аутологичных мезенхимальных стромальных клеток.

Аплазия эритроцитов – одно из наиболее частых аутоиммунных осложнений синдрома Гуда. До сих пор не выполнено ни одного обширного клинического испытания по лечению этого осложнения, но наиболее часто применяемое лечение – это глюкокортикостероиды, которые дают эффект в 30-60% случаев, или циклоспорин – эффект в 65-87%.

Как только больному был поставлен диагноз тимомы, ассоциированной с аутоиммунной энтеропатией, было начато лечение метилпреднизолоном. Одновременно проводилось лечение гипоальбуминемии внутривенным иммуноглобулином (ВИГ). Главной целью применения ВИГ было предотвратить инфекцию, а не достичь определённого уровня иммуноглобулинов в крови.

Доза метилпреднизолона постепенно уменьшалась, и больной был выписан на 29-й день госпитализации с предписанием постепенной отмены перорального преднизолона. Приём триметоприм-сульфаметоксазола был начат в больнице и продолжался после выписки. Через неделю после выписки больной сообщил, что у него усилился кашель с мокротой. Рентгенологическое и культуральное исследование показало наличие деструктивной пневмонии, ассоциированной с pericarditis. Это заболевание потребовало госпитализации и возобновления лечения триметоприм-сульфаметоксазолом.

При лечении ВИГ диарея сначала стала уменьшаться. Спустя несколько месяцев развился рецидив диареи, который персистировал, несмотря на увеличение дозы ВИГ, но был получен эффект от преднизолона, который был назначен в связи с аплазией эритроцитов. Спустя 5 месяцев после госпитализации аплазия эритроцитов разрешилась, преднизолон был отменён и назначен циклоспорин; диарея возобновилась, но была не столь тяжёлой, как раньше. Больной продолжал получать циклоспорин и ежемесячные введения ВИГ; диарея носила интермиттирующий характер и была относительно слабой. У него рецидивировал кандидоз полости рта и пищевода и отмечались эпизоды пневмонии, тем не менее он продолжал работать.

К сожалению, примерно спустя 2 года после того, как у больного была диагностирована аутоиммунная энтеропатия, было отмечено прогрессирование тимомы. Больной получал паллиативную помощь паклитакселем (paclitaxel), от которой пришлось отказаться в связи с осложнением нейропатией. У него была тяжёлая анорексия и потеря веса. При исследовании биоптата слизистой тонкой кишки были выявлены признаки персистирующей аутоиммунной энтеропатии. Дальнейшая химиотерапия была не показана; больной получал поддерживающую терапию.

Заключительный диагноз: тимома (типы В2 и В3, 4А, клиническая стадия), ассоциированная с клеточной и гуморальной иммунной недостаточностью (синдром Гуда). Аутоиммунная энтеропатия и аплазия эритроцитов.

Рудольф АРТАМОНОВ,
профессор,

По материалам
New England Journal of Medicine.

Недавно в Липецке прошла межрегиональная научно-практическая конференция «Актуальные вопросы онкологии». Участие в ней приняли руководители органов здравоохранения, научно-исследовательских институтов, высших учебных заведений, главные врачи медицинских учреждений, онкологи, хирурги и специалисты, работающие в сферах лучевой диагностики и радиологии, врачи системы паллиативной помощи, представители страховой медицины. Организаторами выступили Управление здравоохранения области, Липецкий областной онкологический диспансер, Ассоциация липецких медицинских работников, Липецкий медицинский колледж и ассоциация «Равное право на жизнь».

На открытии конференции заместитель генерального директора Московского научно-исследовательского онкологического института им. П.А.Герцена профессор Валерий Старинский отметил существенное укрепление материально-технической базы областного онкологического диспансера, внедрением в повседневную клиническую практику современного лечебного оборудования, новых технологий.

На конференции присутствовали ветераны онкологической службы области – Валентин Агузаров, Ольга Фёдорова, Надежда Зданович и другие врачи-онкологи, находящиеся ныне на заслуженном отдыхе. Громкими аплодисментами выразили им присутствующие в зале свою признательность за вклад в борьбу по сохранению здоровья людей.

Без преувеличения можно сказать, что на конференцию собрался цвет онкологической медицины. Среди выступавших были доктор и кандидаты медицинских наук, представляющие свою область медицины от Санкт-Петербурга до Томска, от Москвы до Курска. Докладчики касались волнующих всех вопросов лечения коварной и непредсказуемой болезни, какой является онкологическая опухоль. Сами за себя говорили названия докладов: «Современные подходы к лечению рака молочной железы», «Лучевая терапия лимфом. Что нового», «Нерешённые вопросы в диагностике и лечении

Тенденции

Школа мастерства

Такой площадкой для онкологов стала липецкая земля



В кулуарах конференции

рака щитовидной железы», с которыми выступили доктора медицинских наук Пётр Криворотько, Николай Ильин и Сергей Подвязников.

Интересным и поучительным стал второй день работы конференции. Профессор Евгений Левченко продемонстрировал открытую операцию на лёгком, своими практическими навыками поделились доктора медицинских наук Игорь Берлев (лапароскопическая гистерэктомия II типа) и Алексей Карачун (лапароскопическая передняя аппаратная резекция прямой кишки). Много полезного дала операция, которую провёл кандидат медицинских наук Александр Жеравин по субтотальной резекции грудины с реконструкцией дефекта никелидитановым имплантатом.

Важные теоретические и практические вопросы обсуждались в ходе работы форума. Сама жизнь настоятельно требует их решения, поскольку неуклонный рост заболеваемости злокачественными новооб-

разованиями как во всём мире, так и в нашей стране, делают эту патологию социально значимой. Об этом красноречиво говорит тот факт, что она занимает второе место в общей структуре смертности населения России, а социальные и экономические последствия от этого страдания человечества заставляют онкологов и организаторов здравоохранения уделять максимум внимания данной патологии.

Забегаая вперёд, следует обратиться к резолюции конференции. Среди нерешённых проблем – незначительный рост выявленных на ранней стадии злокачественных новообразований, остающийся высоким процент выявления запущенных случаев, особенно отдельных локализаций, например, опухоли орофарингеальной зоны, и, как следствие, рост объёмов дорогостоящей медицинской помощи и отсутствие ощутимого снижения смертности от злокачественных новообразований. Другая не

менее важная проблема – кадровое обеспечение первичных онкологических кабинетов, диагностических служб, патоморфологических и цитологических лабораторий.

В постановляющей части резолюции приведено 18 неотложных мероприятий, направленных на улучшение онкологической службы в регионах. Это и её рассмотрение как единого кластера, в основе которого лежит информационное взаимодействие с обратной связью и чёткой маршрутизацией, и прикреплении к первичным онкологическим кабинетам медицинских организаций пациентов по месту их фактического проживания. Ещё одним важным слагаемым в организации службы является создание единого информационного продукта, объединяющего первичный онкологический кабинет, региональный диспансер и федеральный раковый регистр с созданием базы получателей лекарственных противоопухолевых средств с отдельным учётом дорогостоящих инновационных препаратов, что позволит оценить реальный масштаб их потребности и закупки на государственном уровне.

Также резолюцией предусмотрено обязать первичные онкологические кабинеты вести электронную базу больных, используемую для информационного обмена депersonализованными сведениями с номерами, присвоенными в базе ракового регистра, обеспечить для объективного и достоверного учёта сведений взаимодействие представителей онкологических кабинетов, ракового регистра и отделений загс.

В конференции участвовали ведущие онкологи из федеральных и территориальных онкологических учреждений страны. Были заслушаны тематические доклады, состоялись дискуссии, проведены мастер-классы с показательными операциями. Доклады посвящались современным технологиям

лечения больных раком молочной железы, лёгкого, щитовидной железы, орофарингеальной зоны, колоректальным раком. Большой интерес вызвало обсуждение лечения лимфом, распространённых форм базально-клеточного рака кожи. Одним из ведущих подходов в лечении опухолевых заболеваний признан органосохраняющий и функционально-щадящий метод, включая лапароскопические и эндохирургические технологии, отмечена перспектива нового диагностического метода – ПЭТ. Активное обсуждение затронутых проблем свидетельствует о том, что высокотехнологичная медицинская помощь при злокачественных новообразованиях стала распространённой в онкологических учреждениях страны.

О важности конференции для лечащих врачей-онкологов говорила и учёный секретарь Российского научного центра радиологии и хирургических технологий доктор медицинских наук Валентина Сокур-енко: «Конференция имела как научную, так и отчётливую практическую направленность. Не могу не отметить высокий уровень радиологической службы Липецкого онкодиспансера. Здесь имеется достойный парк радиотерапевтической аппаратуры. Самым же главным достижением является освоение радиологами и медицинскими физиками современных методик конформного облучения.

Благодаря реализации Национального проекта «Здоровье» и программе модернизации здравоохранения в 2010-2013 гг. российская онкослужба была оснащена современным оборудованием. А конференции подобного уровня способствуют дальнейшему развитию онкологической службы России и снижению смертности от онкозаболеваний.

Валерий ЧИСТЯКОВ,
внешт. корр. «МГ».

Липецк.

Фото автора.

Новости

В Москве в рамках юбилейного, XXV Национального конгресса по болезням органов дыхания состоялся симпозиум «Новая парадигма лечения хронической обструктивной болезни лёгких (ХОБЛ)», где на экспертном уровне обсуждались вопросы ведения пациентов с этим тяжелейшим как по течению, так и по медико-социальным последствиям заболеванием.

В ходе брифинга обсуждались нерешённые вопросы лечения ХОБЛ на современном этапе, фармакологические основы комбинированной бронхолитической терапии, а также особенности пульмонологической практики работы врача первичного звена. Кроме того, российские и международные эксперты представили данные исследований в области

Не из лёгких...

терапии респираторных заболеваний.

«Сегодня Россия по распространённости курения как основной причины ХОБЛ занимает одно из первых мест в мире. Главные задачи в терапии этого заболевания – уменьшение симптомов, улучшение физической активности, снижение риска обострений и летальности», – отметил заместитель директора НИИ пульмонологии ФМБА России по научной работе профессор Сергей Авдеев.

Эксперты также говорили о том, что современные международные научные данные подтверждают

роль инновационных препаратов так называемой первой линии ведения больных ХОБЛ, начиная уже с ранних стадий.

«Появление новой комбинации бронходилататоров длительного действия – это грандиозное событие. Сегодня у нас появились новые алгоритмы, позволяющие лечить ХОБЛ наиболее эффективным способом», – подчеркнул заместитель директора НИИ пульмонологии ФМБА России по лечебной работе профессор Заурбек Айсанов.

«Два класса препаратов в комбинации позволяют усилить бронхо-

литический эффект. Это особенно важно у так называемых симптоматичных пациентов, которые постоянно используют бронхолитик короткого действия. Кроме того, учитывая степень тяжести тех пациентов с ХОБЛ, которые впервые обращаются к врачу, стартовая терапия комбинацией двух бронхолитиков может быть предпочтительной», – заявил главный пульмонолог Департамента здравоохранения Москвы, заведующий кафедрой пульмонологии Российского национального исследовательского медицинского

университета им. Н.И.Пирогова, профессор Андрей Белевский.

Наряду с этим на симпозиуме большое внимание было уделено теме лечения ХОБЛ на уровне врачей первичного звена (терапевтов, врачей общей практики), которые не всегда обладают необходимыми знаниями и временем для того, чтобы обоснованно назначать индивидуальное лечение пациентам с этим заболеванием на амбулаторном этапе. В этой связи, по словам А.Белевского, создание и внедрение практически ориентированных клинических рекомендаций является очень сложной, но в то же время крайне важной задачей, которая поможет терапевту сориентироваться во всём многообразии методов лечения больных ХОБЛ.

Марк ВИНТЕР,
МИА Сити!

Семейная медицина создаёт счастливую семью. Так коротко, возможно немного амбициозно, но по существу можно обозначить содержание конференции «Современные аспекты гериатрической и паллиативной помощи в общей врачебной практике (семейной медицине)», которая собрала в Московском областном научно-исследовательском клиническом институте им. М.Ф.Владимирского видных представителей не только отечественной медицины, но и специалистов из США. Инициатором проведения этого широкомасштабного мероприятия стала кафедра общей врачебной практики факультета усовершенствования врачей МОНИКИ, возглавляемая доктором медицинских наук, профессором Борисом Агафоновым. Помимо собственных уникальных разработок кафедра не остаётся в стороне и от мирового опыта. В рамках такого международного сотрудничества произошло совместное мероприятие российских и американских учёных, на котором побывала корреспондент «МГ» доктор медицинских наук Наиль САФИНА.

Открыли конференцию заместитель директора по учебной работе МОНИКИ профессор Наталья Санина, исполнительный директор общероссийской общественной организации «Ассоциация врачей общей практики (семейных врачей) Российской Федерации» Татьяна Заугольникова и заместитель декана ФУВ, заведующий кафедрой общей врачебной практики МОНИКИ, профессор Борис Агафонов, рассказавшие о нынешних векторах развития семейной медицины в России.

Так как семейная медицина немыслима без гериатрии, то первое выступление было посвящено именно этой теме – «Активное долголетие с высоким качеством жизни лиц пожилого возраста – национальная стратегия до 2025 г.» Слово было предоставлено президенту Российской ассоциации геронтологов и гериатров академику РАН Владимиру Шабалину, осветившему интересные взгляды на старение с точки зрения эволюции и учения о биосфере.

Заведующий кафедрой паллиативной медицины Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова, председатель правления Российской ассоциации паллиативной медицины, профессор Георгий Новиков в своём сообщении «Паллиативная медицинская помощь в Российской Федерации. Стратегия развития» коснулся вопросов настоящего и будущего паллиативной помощи в стране. Были предложены конкретные шаги в рамках реализации национальной концепции развития и совершенствования паллиативной медицинской помощи в виде разработки и внедрения региональных моделей систем паллиативной медицинской помощи, программы обучения по паллиативной медицинской помощи для подготовки преподавателей и медработников, новых алгоритмов контроля боли и других тяжёлых проявлений заболеваний для улучшения качества жизни пациентов.

Была лаконична и ориентирована на практику вице-президент

рака и профилактику падений и переломов у пожилых.

Доцент кафедры общей врачебной практики ФУВ МОНИКИ им. М.Ф.Владимирского кандидат медицинских наук Наталья Шевцова выступила с лекцией «Пациентка в периоде перименопаузы на приёме у семейного врача», где были подробно разобраны проблемы женщин в период гормональной перестройки организма, обсуждены патогенетические механизмы этих проблем, а также предложены схемы лечения с ис-

пути решения проблемы лечения хронической боли» – так назывался доклад доцента кафедры паллиативной медицины факультета дополнительного профессионального образования Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова, члена Общественного совета по защите прав пациентов при Управлении Росздравнадзора по Москве и Московской области кандидата медицинских наук Сергея Рудого. В качестве основных путей для улучшения ситуации

о современных взглядах на эвтаназию и роли вероисповедания пациента при решении сложных моральных проблем.

Семинар «Новейшие подходы к ведению пациентов с ожирением» провёл старший семейный врач (Клиника Мейо, штат Миннесота, США) Джейсон Скотт О'Грейди. Обсуждены проблемы, вызываемые ожирением, и эффективные методы контроля веса, такие как диета и физические упражнения. Доктор О'Грейди также рассказал о современных фармацевтических препаратах и хирургических

Деловые встречи

Особые черты семейной медицины

Они проявляются в общении наших специалистов с зарубежными коллегами



Перед участниками конференции выступили Борис Агафонов (слева) и Владимир Шабалин

по академическим вопросам госпиталя им. Джона Питера Смита (Форт-Уорт, штат Техас, США) доктор Джозефин Фаулер. Выступая с докладом «Методы и приёмы профилактики для пациентов старше 50 лет с точки зрения доказательной медицины», доктор Фаулер рассказала об эффективных методах влияния на факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний, то есть курение, избыточный вес, употребление алкоголя, а также о новых взглядах на методики скрининга рака молочной железы, шейки матки, простаты, колоректального

пользованием новых, ультранизкодозированных гормональных препаратов.

Запомнилось и эмоциональное сообщение аспирантки гериатрического отделения госпиталя им. Джона Питера Смита Эллисон Педдл, посвящённое общим вопросам паллиативной и гериатрической помощи в семейной медицине. Эллисон поделилась личными историями из практики, рассказала о семейной медицине в США и работе с пожилым населением, высказав мнение о растущей роли гериатрии в мире. «Современные возможности

были предложены совершенствование законодательной базы по повышению доступности наркотических анальгетиков для пациентов с хронической болью различного генеза, приведение в соответствие с федеральной нормативной базой всех документов, регламентирующих оборот наркотических анальгетиков в субъектах РФ, повышение квалификации всех медицинских работников по вопросам современной методологии лечения хронической боли различного генеза.

Об успешном опыте медицинской и медико-социальной помощи пациентам старшей возрастной группы в Центре общей врачебной практики в Орехово-Зуевском районе Московской области доложила главный врач центра Светлана Храпунова.

Руководитель гериатрического отделения госпиталя им. Джона Питера Смита доктор Леска Хэдли коснулась проблем пожилых пациентов с неонкологическими заболеваниями, были рассмотрены критерии перевода таких пациентов в центры паллиативной помощи.

Этические и моральные проблемы были подняты в докладе «Терминальная стадия болезни и вопросы медицинской этики». Доктор медицины, магистр биоэтики, магистр философии из центра биоэтики Международного университета Тринити (штат Иллинойс, США) Шарон Фалькенхаймер раскрыла роль биоэтики в медицине, рассказав

методиках, позволяющих привести вес в норму.

Второй семинар был посвящён проблеме сахарного диабета и питания. Клинический диетолог отделения семейной и профилактической медицины Университета Юты (Солт-Лейк-Сити, Юта, США) Сюзан Заффел-Шрир поделилась конкретными «рецептами» для контроля над сахарным диабетом у пожилых, среди которых были названы поддержание ежедневной физической активности, подсчёт углеводов, использование одного из видов рациональной диеты «Метод тарелок», постепенное изменение привычек пациента и изменение образа жизни.

Второй день конференции был посвящён актуальным проблемам в практике семейного врача. Гости из Америки провели несколько интересных семинаров.

Особый интерес у присутствующих вызвала серия мастер-классов.

Обмен мнениями, идеями и опытом, внедрение в практику современных методик и технологий, совершенствование законодательства – всё это позволяет семейной медицине в России двигаться вперёд. Прошедшая конференция в очередной раз подтвердила, что МОНИКИ им. М.Ф.Владимирского открыты к диалогу с мировым врачебным сообществом.

Москва.

Фото
Юрия ЛУНЬКОВА.

Современные технологии

В отделении торакальной хирургии Иркутской областной клинической больницы сообщили о разработанном здесь новом варианте реконструктивной операции при химическом ожоге пищевода и желудка. По данным сибирских специалистов, в научной медицинской литературе пока не описаны аналоги такого вмешательства.

Как пояснил заведующий отделением торакальной хирургии Иркутской ОКБ Валерий Махутов, модификация стандартного оперативного вмешательства оказалась вынужденной: в клинику в тяжёлом состоянии поступила 47-летняя пациентка с ожогом

Новый вариант пластики пищевода

пищевода и входного отдела желудка каустической содой.

В этой ситуации традиционно использовать ткани желудка для пластики пищевода не представлялось возможным. От использования правой половины толстой кишки, что тоже допускается, иркутские хирурги отказались, так как после таких операций пациенты обычно испытывают

серьёзные проблемы с перевариванием пищи. Использовать тонкую кишку в данном случае также не представлялось возможным – её длины не хватило бы на одномоментную реконструкцию пищевода, а выполнять пластику поэтапно – значит обрекать больного на долгие месяцы жизни с гастростомой.

Специалисты ИОКБ говорят,

что искали максимально щадящий способ сделать операцию, и нашли его.

– Мы удалили обожжённую часть желудка, а к его оставшейся части пришили тощую кишку. Готовую комбинированную желудочно-кишечную трубку поместили на место удалённого пищевода. Кровоснабжение оставшейся части желудка сохранили за счёт

выделенных правых желудочно-сальниковых сосудов, – комментирует Валерий Махутов.

Проведённые контрольные исследования показали проходимость нового пищевода.

По оценке научного руководителя Иркутского научного центра хирургии и травматологии члена-корреспондента РАН Евгения Григорьева, методика пластики пищевода, которую предложили его коллеги из Иркутской областной больницы, – оригинальное решение, которое ценно прежде всего тем, что является органосохраняющим и щадящим по отношению к пациенту.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Иркутск.

Для того чтобы покрыть расходы на закупку лекарств в рамках всеобщего бесплатного лекарственного обеспечения, в том числе лечения орфанных заболеваний, дополнительно требуется порядка 490 млрд руб. в год. К такому консолидированному мнению пришли участники II Всероссийского конгресса «Право на лекарство», состоявшегося в Москве. Мероприятие было организовано «Лигой пациентов» и Национальной ассоциацией организаций больных редкими заболеваниями «Генетика».

Право на равноправие

Любое лекарство, необходимое пациенту в России, он вправе получить бесплатно, поскольку лекарственная помощь является частью медицинской помощи, которая бесплатна по Конституции России. В действительности право на бесплатную лекарственную помощь имеют только льготники, но реализовать его на практике становится всё сложнее, денег на всех не хватает. В условиях дефицита льготных лекарств многие пациенты вынуждены покупать их за свой счёт и отстаивать своё право на бесплатную лекарственную помощь в судах.

Программа ОНЛС (ДЛО) стартовала в 2005 г. По словам ведущего научного сотрудника Национального НИИ общественного здоровья им. Н.А.Семашко Елены Тельновой, программа принесла первое за много лет реальное финансирование на лекарственное обеспечение. Изначально в ней участвовало 14,7 млн человек, сегодня из них в программе осталось 3,5 млн, в основном это люди, имеющие тяжёлые заболевания и постоянно нуждающиеся в лекарственных препаратах. Остальные льготники воспользовались правом «превратить» натуральную лекарственную льготу в «живые деньги» и отказались от соцпакета. В итоге был потерян солидарный принцип обеспечения, заложенный в основу программы: «здоровый платит за больного». И те бюджетные средства, которые сегодня на неё выделяются, априори не могут покрыть всех расходов на лекарства, констатировала эксперт.

Одним из приоритетов стратегии лекарственного обеспечения населения Российской Федерации на период до 2025 г. является принцип всеобщности. Однако что имеется в виду под этим понятием – обеспечение всего населения лекарственными средствами или развитие адресных программ для

Проблемы и решения

Бесплатная таблетка

Будет ли в России всеобщее лекарственное равенство?



определённых групп пациентов, до конца не ясно.

– Для запуска программы лекарственного страхования в первую очередь необходима политическая воля, – считает Елена Тельнова. Эксперт полагает, что для начала необходимо сохранить особую категорию льготников, которые обеспечиваются лекарствами по программам ОНЛС, «Семь высокозатратных нозологий» и в соответствии с 890-м постановлением Правительства РФ. Для остального населения (это около 130 млн человек) предлагается программа соплатежей. В дальнейшем на основе этих двух направлений должна сформироваться модель всеобщего лекарственного обеспечения.

Сейчас около 2/3 средств при финансировании лекарственного обеспечения составляют собственные средства граждан. Согласно данным за предыдущие годы, затраты на лекарства в год составляют 768,9 млрд руб., из них 63%, или 485,3 млрд – это затраты населения и 283,6 млрд – расходы государства. Именно эту сумму, которую тратит население на лекарства, считает Е.Тельнова, необходимо взять за основу при формировании системы соплатежей. При условии, что граждане будут доплачивать за лекарство 30% от его стоимости, сумма соплатежа составит в среднем 1120 руб. на человека в год. Остальную

сумму должны обеспечить в равной степени федеральный и региональный бюджеты.

Правовая конструкция

Лекарства для льготников должны оставаться бесплатными, так же считает исполнительный директор ассоциации «Фармацевтические инновации» Вадим Кукава. Для остального населения в рамках лекарственного возмещения эксперт предложил ввести различную шкалу соплатежей от 10 до 50%, в зависимости от тяжести заболевания.

– Все лекарства, которые нужны человеку и которые ему назначает врач, он должен получать бесплатно. Разговоры о соплатежах разрушают эту правовую конструкцию, – парирует президент «Лиги пациентов» Александр Саверский. – Согласно Федеральному закону № 326-ФЗ, тарифы ОМС рассчитываются на основании стандартов медицинской помощи. Таким образом, все лекарства, которые включены в эти стандарты, уже сегодня пациент вправе получить бесплатно.

По словам эксперта, единственной возможностью участия населения в погашении части расходов в сфере лекарственного обеспечения в рамках действующего законодательства является введение налога на респект, который может поступать в бюджет для погашения расходов

на содержание аптек, хранение, транспортировку лекарств и т.п. Эта мера также может оказаться необходимой для повышения ответственности пациентов при приёме лекарств, поскольку получение бесплатных препаратов нередко приводит к пренебрежительному и безответственному отношению к ним. Известны случаи, когда пациенты запасают препараты впрок, а потом по истечении срока годности просто их выкидывают.

С тем, что существующую систему необходимо реформировать, согласен и начальник отдела нормативно-правового регулирования вопросов лекарственного обеспечения и контроля качества ЛС Андрей Гайдеров.

– В Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» чётко определены группы граждан, которым государство гарантирует предоставление бесплатной лекарственной помощи. Остальные «не закрыты» никакими государственными гарантиями, в частности многочисленная группа трудоспособного населения. И когда мы говорим о новых обязательствах государства в этой сфере, необходимо понимать, что это повлечёт дополнительные расходы, которые надо просчитать и каким-то образом разделить между участниками рынка и налогоплательщиками, – подчеркнул представитель Минздрава.

Сложить пазл

По мнению директора НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения Москвы Давида Мелик-Гусейнова, при разработке моделей лекарственного страхования «надо быть предельно аккуратными».

– Наша страна – это огромный пазл, который собран из 85 отдельных фрагментов. В каждом из регионов существуют своё понимание, своя политика и инфраструктура, свои менеджеры в системе здравоохранения с разным уровнем знаний и компетенций. Соответственно и модели лекарственного страхования должны отличаться

друг от друга, с учётом всех этих особенностей, – считает эксперт.

По его словам, сегодня надо говорить не о праве льготников на лекарства, а о квазиправе:

– Кто сейчас имеет право? Это федеральные льготники, региональные и другие. Разделив их на категории, мы уже нарушили право, наделили кого-то большими возможностями по отношению к другим пациентам. В Ингушетии в 5 раз ниже лекарственное обеспечение, чем в Москве. Это значит, что льготники имеют право, но оно не реализуется. Почему оно не реализуется? Потому что у нас заявительный принцип оказания медицинской помощи. И сегодня мы наблюдаем конкуренцию не среди фармкомпаний, а между пациентами за бюджетные средства.

– Лекарства людям нужны сейчас, и решение проблемы всеобщего лекарственного обеспечения не может быть отложено на 2-4 года, – считает президент Общества специалистов доказательной медицины Василий Власов. – Но даже те из них, которые имеют право на льготные лекарства, получают их не вовремя и не те, какие им нужны. Потому что программа «бедная», плохо построена и плохо администрируется.

По итогам мероприятия была принята резолюция, в которой содержатся конкретные предложения в адрес Президента РФ, Совета Федерации и Правительства РФ, касающиеся лекарственного обеспечения граждан России. Эксперты подчёркивают, что позитивные инвестиции в лекарственное обеспечение со стороны федерального бюджета могут привести к перераспределению ресурсов внутри здравоохранения таким образом, что часть затрат на лекарства будет покрыта за счёт экономии, полученной в результате этих инвестиций.

– Дискуссия получилась острой, хотя в позиции органов власти было слышно больше рассуждений, чем желания действовать, а пациенты, врачи и фарма хотя бы большей определённости, – написал на своей странице в «Фейсбуке» А.Саверский. – Считаю, что и этот конгресс свою цель выполнил. Первый дал правовую платформу, второй – экономическую. Впереди нас ждёт много работы. Мы приступаем к организации работы над описанием моделей лекарственного обеспечения и к маю 2016 г. должны будем представить их для обсуждения на следующем, уже III конгрессе.

Ирина СТЕПАНОВА,
корр. «МГ».

Перспективы

Благодаря расширению отечественных дженериковых производств и выходу на рынок недорогих российских препаратов в ближайший год доля зарубежной продукции на фармрынке в натуральном выражении снизится на 4%, прогнозируют эксперты компании IPT Group. Таким образом, в 2016 г. доля импортных лекарственных средств на российском рынке составит около 78% в денежном и около 41% в натуральном выражении.

Данный прогноз коррелируется с планами отечественных предприятий о расширении производства: большинство фармацевтических компаний России планирует в ближайший год вывести на российский рынок новые лекарственные препараты, многие фармкомпании также запланировали на ближайшие годы строительство нового производства на территории РФ. Это повлияет на увеличение объёмов производства российских фармацевтических компаний и, как следствие, уменьшение

Курс на локализацию

Эксперты прогнозируют, что большое число сделок на российском фармрынке придётся на 2016 г.

доли импортной продукции на отечественном рынке в натуральном выражении. По экспертной оценке IPT Group, в 2015 г. объём производства отечественных фармацевтических компаний вырастет по сравнению с показателями 2014 г. на 9% и достигнет 202 млрд руб.

– Таким образом, ближайшие годы на отечественном фармрынке будут характеризоваться набирающими силу процессами импортозамещения, созданием новых производств на территории России и выводом на рынок новых отечественных препаратов, преимущественно дженериков. Вместе с тем участники рынка ожидают, что, учитывая высокую значимость фармацевтической отрасли, государство расширит преференции для отечественных производителей

и введёт послабления в законодательном плане применительно к фармацевтической отрасли, выраженные в первую очередь в упрощении процедуры государственной регистрации лекарственных препаратов и оптимизации системы учёта лекарственных средств, – прокомментировал Алексей Судakov, руководитель направления финансового сопровождения медицинских проектов IPT Group.

Основные планы российских фармацевтических компаний связаны с выводом на российский рынок новых лекарственных средств, а также строительством новых производств на территории РФ. Так, большая часть опрошенных в ходе исследования компаний (72%) в ближайшее время собирается выводить на российский рынок

новые лекарственные средства. Также 56% компаний планируют строительство нового производства на территории РФ, 11% респондентов – создание совместного предприятия с российским (иностраным) производителем, 11% – приобретение или объединение с другой компанией.

Эксперты прогнозируют, что на российском рынке большое число сделок придётся на 2016 г. Они будут происходить с участием как зарубежных, так и ведущих отечественных фармацевтических компаний. Приобретение иностранными фармацевтическими компаниями отечественных фармпроизводств обусловлено законодательными инициативами по импортозамещению. Можно ожидать сделок M&A (слияние и поглощение) как в розничном

сегменте, так и в сегменте фармацевтического производства.

По результатам проведённого исследования были выявлены перспективы законодательных изменений применительно к фармотрасли. Участники рынка ожидают следующих законодательных изменений: принятие постановления «Третий лишний»; создание условий для выхода российских производителей на фармрынок, включая упрощение процедуры регистрации лекарственных препаратов и регистрации цен; предоставление дополнительных преференций российским производителям; ужесточение правил ввоза, обращения препаратов из стран, применивших к РФ санкции; развитие лекарственного страхования.

Анна КРАСАВКИНА.

В клиниках и лабораториях

Темир-открытие

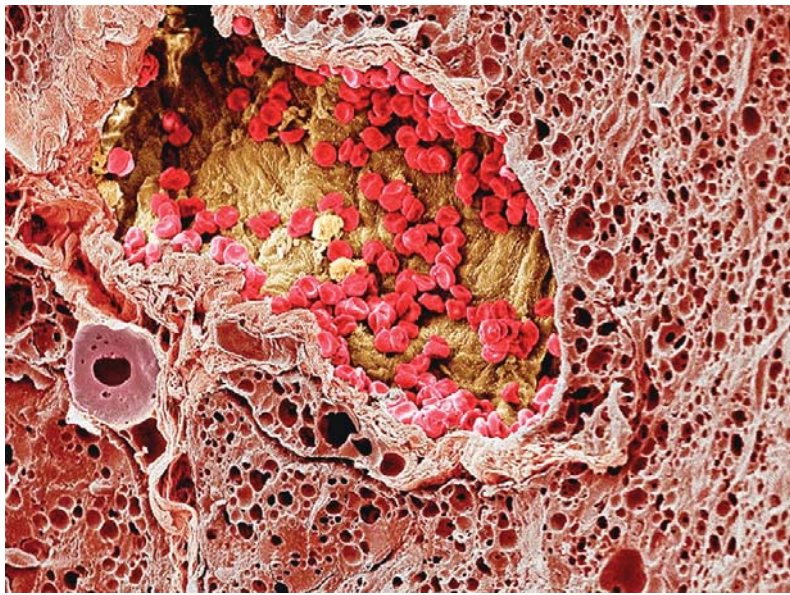
Нобелевскую премию 1975 г. по медицине дали Г.Темину, сотруднику Висконсинского университета в Мэдисоне, который доказал, что некоторые раковые вирусы способны делать копию ДНК, которую затем интегрируют в клеточный геном (то же справедливо и для ВИЧ).

Так случилось, что лауреат погиб от опухоли мозга – глиобластомы, растущей из клеток белого вещества (глии – «клея»), возвратившись к бластному состоянию. Бласты – это клетки бластоцеля, или зародышевого мешочка, внутри которого эмбриональные стволовые клетки образуют Inner Cell Mass, то есть массу примерно из 200 клеток, которые дают потомство в виде примерно двух сотен клеточных типов взрослого организма. Понимание путей их развития важно и для биологии опухолей, которые, по идее, будучи «чужеродными», вызывают иммунную реакцию против себя, в норме губительную для трансформированных клеток.

Некогда сторонники одной из гипотез эволюции приспособили латинское *verg* с двумя приставками для описания различия и сходства видов – ди- и конвергенция (разошлись неандертальцы и современный человек, как конвергировали в бесплодного мула лошадь и осёл). Конвергенцию двух общественных систем «проповедовал» академик Сахаров, за что и поплатился ссылкой в Нижний, что на стрелке конвергенции-слияния Оки и Волги.

Гиппократ сравнивал рост опухоли молочной железы, распространявшейся по её долькам, с клешнями краба-«канкра», откуда и название опухолевых заболеваний. Рост сопровождается инвазией опухолевых «тяжей» в здоровую ткань, что можно сравнить с конвергенцией, однако до начала ноября 2015 г. учёные не представляли себе, что «направляет» инвазию.

Сотрудники университетов Вены, Гейдельберга и Тюбингена описали длинные мембранные микротрубочки-«протрузии» длиной 200-500 микрон (0,2-0,5 мм, средний размер клеток 10-30 микрон), формируемые опухолевой клеткой, с помощью которых последняя внедряется между здо-



Красные эритроциты на желтоватом эндотелии Cell

ровыми. Известно, что клетки глии мозговых полушарий представлены звездообразными астро- и имеющими мало отростков олигоклетками. Последние по сравнению с астроцитами «дефицитны» в плане оболочечных образований, что делает их более уязвимыми для лечения. Немецко-австрийская команда полагает, что благодаря микротрубочкам астро- и глиобластомы крайне резистентны к разным видам терапий. Вместе с тем неожиданно открыта принципиально новая мишень лекарственного сдерживания опухолевой инвазии и метастазирования.

Специалисты Калифорнийского университета в Сан-Диего картировали в мозгу белковые рецепторы протеина, который называется «эпидермальный фактор роста» (EGFR). Сигнал с рецептора в ядро клетки включает активность генов клеточного деления (МС – два из них используются для репрограммирования клеток взрослого организма, утерявших во многом делительный потенциал, и для приближения их к эмбриональному состоянию, характеризующемуся активными делениями). Рецептор конвергирует сигналы, которые опасны для клетки. Журнал *Cell* поместил статью с перечислением 6

отклонений в виде мутаций, изменения числа генных копий (в норме их две, доставшиеся от отца и матери), синтеза информационных и регуляторных РНК, модификации ДНК с выключением «защитных» генов-протекторов раковой трансформации). Изучение 300 опухолей простаты показало также нарушение специфических, приводящее к снижению на 20% активности ферментов репарации ДНК.

Немецкие учёные из Кёльнского и Гейдельбергского университетов в сотрудничестве с китайскими, британскими и американскими коллегами прочитали геном 56 нейробластом, чаще всего встречающихся у детей, выявив «возвратные» – рекуррентные – перестройки конца короткого плеча 5-й хромосомы (5p15), захватывающие ген обратной транскриптазы. Этот фермент удлинит ДНК теломер в опухолевых клетках (в норме она укорачивается с каждым клеточным делением). В опухолях с метастазами отмечена также повышенная активность миелоцитомного гена МУС (онкоформа которого была открыта более трети века назад в клетках миелоцитомы, откуда и его название). В норме этот ген крайне важен для эмбрионального развития мозга. Сотрудники

университетов в австралийском Рэндвике, Кёльне и Йеле выбрали МУС в качестве мишени для лечения нейробластомы с помощью небольших молекул, получивших название «кураксин» (*curaxin* – от *cura*, т.е. «лечение»), предложенное в начале июля 2013 г. Использование кураксина привело к значительному уменьшению опухоли и её прогресса у мышей за счёт усиления химиотерапии, вызывающей повреждение ДНК делящихся клеток.

О сходном успехе сообщила большая команда учёных из нескольких стран, которые «обрушились» на фермент, осуществляющий расщепление рецептора эпидермального фактора роста (EGFR). Протеин играет важную роль в секреции туморо-некротизирующего белкового фактора – TNF, название которого говорит само за себя (мутации в гене фактора отмечаются при семейной форме рака пищевода). Фермент получил название ADAM, которое расшифровывается как «десинтегрин и металлопротеиназа» (*A Disintegrin And Metalloproteinase*). Можно напомнить, что этот белок разрушает волокнистую клеточную подложку, которая в норме сдерживает миграцию клеток и их «охоту к перемещению». Мутации генов металлопротеиназы давно обнаружены при разных формах рака.

Возвращаясь к началу, упомянем одну из последних работ, проведённых в том же Висконсинском университете, где для большего разрешения позитрон-эмиссионного томографа (ПЭТ) применили с диагностическими целями антитела, полученные к маркёру глиобластомы. Он представляет собой CD, или комплекс дифференцировки, белок которого в больших количествах появляется на поверхности опухолевых клеток (дифференцировкой называют специализацию клеток, превращающихся, например, в глию и нейроны; ВИЧ, например, «садится» на CD4). В Мэдисоне антитела против CD «нагрузили» изотопом меди,

который «засветился» при ПЭТ-исследовании мышинного мозга, о чём учёные сообщили в журнале «Труды АН США». Авторы полагают, что создали дешёвый и легко используемый в клиниках «тег» (*tag*), который обнаруживается также в яичниках, печени и лёгких. Теперь необходимо понять, как количество белка трансформируется в агрессивность опухолей. Заметим, что в том же университете выявили два протеина, светящихся зелёным и красным, которые появляются на поверхности клеток мозга, определяя смену поведения. Последнее не связано с ростом опухолей, но в обоих случаях речь идёт о включении генов-мишеней, блокирование которого поможет бороться с патологиями.

Из Монреаля пришло сообщение о первом неинвазивном «открытии» гематоэнцефалического барьера (ГЭБ), защищающего мозг от химического воздействия, в том числе и от лекарств, вводимых с целью лечения мозговых опухолей. Специалисты фонда, занимающегося сфокусированным воздействием ультразвука (*FUF* – *Focused Ultrasound Foundation*), ввели доксорубин, повреждающий ДНК, в наполненные газом пузырьки, которые под действием звука начинают вибрировать, нарушая целостность плотных соединений (*tight junctions*) между эндотелиальными клетками, выстилающими внутреннюю поверхность сосудов. Тем самым создаются условия для «прободения» ГЭБ, в результате чего лекарство проходит в локальную зону мозга, поражённую опухолью. Пока клинические испытания проходят на 10 пациентах с мозговыми новообразованиями, но в экспериментах на животных сфокусированное воздействие позволяло вводить наночастицы с «лечебными» ДНК, вирусные векторы терапевтических генов, а также антитела для защиты мозговой ткани.

Игорь ЛАЛЯНЦ,
кандидат биологических наук.
Molecular Cell.

Открытия, находки

Привычная всем МРТ – магнитно-резонансная томография – позволяет увидеть не только мельчайшие детали строения мозга, но и ярко «зажигаются» активные участки. Для лучшего разрешения специалисты используют «контрасты», в состав которых входят магнитные наночастицы.

Полина Аникеева, работающая в Массачусетском технологическом институте (МИТ) использовала наночастицы диаметром 22 нм «включения» активности нервных клеток с помощью локального повышения температуры (идею дали стеклянные наночастицы с нанесённым на половину их поверхности золотом, которое при облучении инфракрасным лазером нагревается, что приводит к их подъёму, давая возможность использовать частицы в качестве грузового «нанолифта»).

Все знают перец чили, «жгучая» острота которого обеспечена капсаицином, названным по имени «перечного» рода *Capsicum* (от лат. *capra* – ларец, короб с зёрнами). Вещество действует

Капсаицин и токсин

на белковые рецепторы нервных клеток, отвечающих за температурную чувствительность (своего рода молекулярный «паразитизм» капсаицина; никотин, как известно, связывается с рецептором возбуждающего мышцы ацетилхолина). Сегодня многие слышали об оптогенетике, позволяющей возбуждать нейроны с помощью света, но для этого требуется сначала «вживить» в нервные клетки ген светочувствительного протеина морских водорослей, что довольно дорого и невозможно у людей. П.Аникиева решила применить оптогенетику, но без ГМ-составляющей, используя кальций, поступающий через рецепторный канал и тем самым запускающий каскад генерации нервного импульса (для контроля за процессом была «задействована» светящаяся – флюоресцентная – метка-маркёр, позволяющая увидеть повышение активности нейронов). Но магнит-

ные наночастицы неспецифичны, к тому же быстро «вымываются» током межклеточной жидкости из окружения нервных клеток, что не позволяло применить и возбуждающий нервный сигнал тепло, генерируемое при лазерном облучении. Поэтому П.Аникеева функционализировала наночастицы с помощью молекул упомянутого капсаицина, прочно соединяющегося с рецепторами температурной чувствительности (связь частиц не рвалась даже при интенсивном промывании).

Сегодня магнитные наночастицы применяются для «наведения» и теплового разрушения опухолей, но для возбуждения чувствительных к перепаду температур нервных клеток подобный режим не подходит. Меняя размер и форму частиц, а также параметры внешнего переменного магнитного поля, учёные смогли не точно «адресовать» частицы к нейронам и лишь слегка нагревать клетки,

начинавшие ярко светиться, причём делать это, генерируя повторную активность (реактивировать). Нечто подобное в подкорковых ядрах происходит при действии добываемого из мака папаверина, стимулирующего нейроны с ферментом синтазой, необходимой для образования оксида азота (NO), снимающей спазмы (его блокатор – это всем известная виагра).

Сходные результаты получили и в Чикагском университете, только для таргетности наночастиц диаметром 20 нм его сотрудники использовали токсин скорпиона (Ts), который «липнет» к рецептору с натриевым, а не кальциевым каналом (при мутации в его гене у детей от брака кузенов полностью отсутствует болевая чувствительность, в том числе и температурная). Об этом учёные сообщили в журнале *Neuron*. Новый подход может применяться для стимуляции

активности нужных нейронов или её подавления, например при той же эпилепсии, а также лечения внутримозговых опухолей с помощью «подведения» к ним лекарств. Одно из них (ероВ – *epithilone B*), как оказалось, эффективно и для стимуляции роста аксонов – отростков нервных клеток, по которым идут «управляющие» импульсы. Специалисты боннского Центра нейродегенеративных заболеваний написали в *Science*, что ероВ стабилизирует аксонные микротрубочки (их синтез), по которым идёт трафик нейромедиаторов (трансмисмитеров), например того же адреналина к мышцам.

Антираковое средство помогает «оживить» синтез микротрубочек в концевых отделах аксонов, что приводит к прорастанию отростков рубцовой ткани, образующейся на месте перерыва спинного мозга и подавляющей аксонный рост. Вполне возможно, что в недалёком будущем это открытие поможет инвалидам встать с их колясок.

Иван ЛАРИН.
По материалам *Science*.

Угроза

Электронные сигареты — сомнительная альтернатива

Их курят даже подростки, никогда не интересовавшиеся табаком

В последние десятилетия электронные сигареты приобретают всё большую популярность. Сегодня их курят даже подростки, которые никогда не интересовались сигаретами с табаком. Однако, как показал последний опрос общественного мнения, большинство американцев убеждены, что Управление по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств США (FDA) должно регулировать продажу электронных сигарет так же, как и обычных табачных изделий. Кроме того, как следует из другого недавно проведённого исследования, молодёжь, начавшая пользоваться электронными сигаретами, чаще переходит на употребление продукции с содержанием табака.

Электронные сигареты, сигары и кальяны — словом, все подобные устройства употребления никотина — работают по следующему принципу: жидкость, содержащая никотин, постепенно нагревается, и пользователь вдыхает её пары. Этот процесс называется вэйпингом, и сегодня в продаже доступны устройства с регулятором концентрации никотина.

Появились электронные сигареты со вкусом сладкой ваты и жевательной резинки... Их рекламировали как высокотехнические гаджеты — современные и модные.

И эта рекламная кампания сработала... По всему миру объёмы продаж электронных сигарет среди молодёжи резко увеличились. Команда исследователей Адама Левенталя опросила более 2 тыс. школьников Лос-Анджелеса, которым уже исполнилось 14 лет. Никто из них не пробовал табачную продукцию, и лишь некоторые из них уже попробовали вэйпинг.

«Потом мы сравнили группы подростков, как полностью некурящих, так и тех, кто пробовал электронные сигареты, чтобы понять влияние процесса первоначальной инициации как курильщика на переход к табачным продуктам», — поясняет Адам Левенталь.

Ребят опросили второй раз через полгода, когда большая часть из них перешла в 10-й класс. По

Кстати

Опасная мутация

Группа китайских учёных выяснила, что мутации в гене ANKK1 влияют на никотиновую зависимость у людей европейского происхождения. Китайский учёный Юньлон Ма из Чжэцзянского университета в Ханчжоу и его коллеги выяснили, что многие жители Европы и России не могут бросить курить, несмотря на неоднократные попытки «завязать с табаком», из-за того, что обладают особой версией гена ANKK1, который отвечает за сборку и транспортировку молекул дофамина — гормона удовольствия.

Ряд предыдущих исследований показал, что люди, обладающие мутациями в участке Taq1A внутри этого гена, являются крайне предрасположенными к употреблению наркотиков или алкоголя. Это открытие натолкнуло китайских учёных на мысль о том, что именно этот участок может влиять и на попытки отказаться от табака. В опытах исследователей приняло участие порядка 11 тыс. человек. В ходе экспериментов учёные выяснили влияние гена на трудности с отказом от никотина, однако они были чётко выражены только у людей европейского происхождения, в то время как жители Восточной Азии с подобной мутацией от табака не зависели.

В среднем исследование выяснило, что наличие мутации в гене снижает шанс европейца бросить курить примерно на 22%. Учёные считают, что такое открытие позволит более эффективно проводить лечение зависимых от никотина европейцев и разрабатывать специальные курсы психотерапии для курильщиков.

Яков ЯНОВСКИЙ.

По информации Translational Psychiatry.

Сотрудничество

ООН: противодействовать инфекционным болезням

Генеральная ассамблея ООН приняла новую повестку дня в области устойчивого развития. 193 мировых лидера взяли на себя обязательства по выполнению 17 целей со 169 целевыми показателями, направленными на достижение общего процветания и благополучия для всех жителей планеты в ближайшие 15 лет.

Значительное место среди новых целей устойчивого развития (ЦУР) занимает противодействие инфекционным болезням, как неотъемлемый элемент достижения здоровой жизни и благополучия людей во всех возрастах. В соответствии с этими целями мировое сообщество должно будет приложить усилия для того, чтобы в следующие 15 лет положить конец эпидемии СПИДа, туберкулёза, малярии и забытых тропических заболеваний, обеспечить борьбу с гепатитом, заболевани-

ями, передающимися через воду, и другими инфекциями, оказать поддержку в проведении научных исследований и разработке вакцин и лекарственных препаратов для лечения инфекционных заболеваний.

Необходимо будет также положить конец предотвратимой смертности новорождённых и детей в возрасте до 5 лет, одной из основных причин которой остаются инфекционные болезни.

Российская Федерация традиционно является активным участником международных усилий по противодействию инфекционным болезням. Учитывая актуальность для мирового сообщества вопросов борьбы с такими инфекциями, как ВИЧ/СПИД, малярия, туберкулёз, полиомиелит, вновь возникающие инфекции, РФ акцентирует внимание на развитии сотрудничества в данной сфере в рамках работы практически всех

межгосударственных форумов, используя свой научный потенциал. Так, Роспотребнадзором было инициировано обсуждение с партнёрами по ШОС и БРИКС вопросов противодействия инфекционным болезням в рамках российского председательства в этих международных объединениях.

Благодаря российским программам помощи значительно укреплен национальный потенциал стран-партнёров, в первую очередь в регионе СНГ, по контролю, профилактике, выявлению и реагированию на вспышки инфекционных болезней, что напрямую способствует достижению стоящих перед мировым сообществом целей по ликвидации наиболее распространённых инфекционных болезней.

Иван ВЕТЛУГИН.
МИА Сито!

На заметку

С недоверием к современности

Врачи, пользующиеся компьютерными системами учёта, вызывают меньше доверия у пациентов, чем те доктора, которые не используют компьютер во время приёма.

Электронные системы учёта появляются в больницах всё чаще и чаще — в специальных базах данных хранится информация о каждом пациенте, его заболеваниях и выписанных ему лекарствах. Группа учёных из Калифорнийского университета под руководством Неды Ратанавонгса проанализировала мнения 47 пациентов, страдавших различными хроническими заболеваниями — диабетом 2-го типа, ревматоидным артритом и стойкой сердечной недостаточностью.

Учёные интервьюировали участников эксперимента до визита к врачу, снимали на видео сам приём и опрашивали их после посещения врача. Видеозапись

позволила определить, насколько часто врач, ведущий приём, пользовался компьютером в ходе беседы с пациентом.

Оказалось, что, врачи, не заглядывающие в компьютер во время беседы с пациентом, вызывали доверие больных — более 80% посетителей, обратившихся к таким медикам, высоко оценили качество оказанной им помощи. Этот же показатель среди пациентов врачей, предпочитавших во время приёма вносить все записи в компьютер, составил 48%. Людей не устраивало, что врач не поддерживал зрительный контакт с ними, смотря вместо этого на экран монитора, сверяясь с историей болезни или списком прописанных ранее препаратов. Пациентам также казалось, что врач невнимателен к их жалобам.

Ян РИЦКИЙ.

По информации eurekaalert.org.

Исследования

Календарь не в голове, а в гипофизе



Группа учёных из университетов Манчестера и Эдинбурга обнаружила наличие у людей «химического календаря», который позволяет организму следить за сменой времён года и подстраиваться к ним.

Исследователи, работавшие с мозгом овец в разные времена года, выявили кластер, состоящий из тысяч клеток, которые могут пребывать в зимнем или летнем состоянии. При увеличении солнечного дня больше клеток переключаются в летний режим, и наоборот, при сокращении дня они переходят в зимнее состояние.

Эти сезонные часы служат важным механизмом для контроля у животных таких функций, как размножение или зимняя спячка, а у людей могут отвечать за активизацию иммунной системы.

Кластер, состоящий из примерно 17 тыс. «календарных клеток», был обнаружен в гипофизе, который располагается в основании мозга и выбрасывает в кровь гормоны, контролирующие различные процессы в организме. По словам учёных, у этих клеток имеется бинарная система наподобие компьютерной, и они могут пребывать в двух состояниях, то есть производить или «зимние» вещества, или «летние». При этом пропорция этих календарных клеток, пребывающих в том или ином состоянии, меняется на протяжении года в зависимости от сезона.

— Похоже, что в середине лета все эти клетки пребывают в одном из этих двух состояний, — пояснил профессор Манчестерского университета Эндрю Лаудон. — При этом остаётся неясным, как

организм понимает, что наступает осень или весна, если часть календарных клеток пребывает в летнем, а часть — в зимнем режиме.

Эти сезонные часы называют ещё цирканнуальным ритмом, который, в принципе, похож на циркадный, или дневной, ритм, позволяющий организму бодрствовать днём и спать ночью.

Годовой ритм отвечает за такие явления, как миграция, брачный период или спячка у животных. И дневной, и годовой ритмы зависят от количества дневного света. Зимой, когда световой день короче, организм производит больше гормона сна — мелатонина.

— Мы уже давно выяснили, что мелатонин играет важную роль в длительных ритмах, но как именно и где он работает, оставалось загадкой, — говорит профессор Лаудон.

— Сезонные часы, обнаруженные у овец, скорее всего, имеются у всех позвоночных, — вторит коллеге профессор Дэйв Берт из Эдинбургского университета. — Следующий шаг — это понять, как наши календарные клетки фиксируют смену времён года.

Хотя у людей нет брачного сезона как такового и мы не впадаем в спячку, определённые признаки влияния на нас времён года всё же имеются. Так, в ходе проведённого ранее Кембриджским университетом исследования выяснилось, что при наступлении холодов гены, отвечающие за иммунитет, активизируются. (Но это тоже палка о двух концах: помогая бороться с зимними вирусами, они заодно могут привести к обострению артрита.)

Игорь НИВКИН.

По материалам Current Biology.

Тайное и явное

Прощай, оружие!

В Брянской области ликвидирован крупнейший в России арсенал химических отравляющих веществ

Сегодня мало кто помнит, что всего в 100 км от Брянска, под городом Почеп, с советских времён хранилось на специальных складах 7,5 тыс. т отравляющих фосфорорганических веществ – зарина, зомана (18,8% всех запасов химического оружия в стране).

Стоит напомнить, что Россия стала одним из главных инициаторов подписания в 1993 г. Международной конвенции по запрещению разработки, производства, накопления и применения химического оружия и его уничтожению. Чтобы реализовать взятые на себя обязательства, спустя 3 года была принята Федеральная целевая программа «Уничтожение запасов химического оружия в Российской Федерации». Главным же исполнителем стало Федеральное управление по безопасному хранению и уничтожению химического оружия, которым бессменно руководит генерал-полковник, доктор технических наук, профессор Валерий Капашин.

10 лет назад полностью справился с поставленной задачей объект «Горный» в Саратовской области, в 2009-м – «Камбарка» в Удмуртии. А в этом году химическое оружие ликвидировали сразу на четырёх объектах: «Леонидовка» в Пензенской, «Щучье» в Курганской, «Почеп» в Брянской и «Марадыковский» в Кировской областях. Остался ещё один объект, работы на котором продолжают. Это – «Кизнер» в Удмуртии, который ввели в эксплуатацию последним, всего 2 года назад. Таким образом, по состоянию на конец октября этого года в стране в целом уничтожено 36,7 тыс. т отравляющих веществ (92% имевшихся запасов).

На недавнем митинге в Почепе, который был посвящён этому знаменательному событию, отметили, что создание специального предприятия по утилизации смертоносных авиабомб обошлось федеральному бюджету в 15 млрд руб., а часть средств выделили в виде технической помощи Германия и Швейцария. За всё время функционирования завода разработанные российскими учёными технологии наглядно подтвердили свою исключительную важность, высокую эффективность и безопасность.

Выступая перед собравшимися, губернатор Брянской области Александр Богомаз отметил, что объём налоговых поступлений в бюджеты всех уровней составил более 300 млн руб. Было трудоустроено несколько сотен человек, работающие на объекте специалисты получали достойную заработную плату.



Так готовили к утилизации первую авиационную бомбу на объекте «Почеп»

«Медицинская газета» на протяжении многих лет пристально следила за ходом работ с химическим оружием. В ряде публикаций рассказывалось о строительстве предприятия, возникающих или могущих возникнуть при утилизации боеприпасов проблемах, перспективах будущей конверсии производства. А трудностей на пути было немало. Помню, например, бурную конференцию, проведение которой организовало осенью 1995 г. Брянское областное отделение Союза «За химическую безопасность». Страсти кипели нешуточные: речь-то шла о сооружении специального завода аккурат на безмерно пострадавшей от последствий Чернобыля земле.

Однако время показало, что страхи оказались напрасными, а возведение предприятия обернулось для Почепского района настоящим экономическим чудом. Проблемы, которые накапливались не одно десятилетие, начали успешно решаться при участии и под пристальным контролем Федерального управления по безопасному хранению и уничтожению химического оружия. Удалось начать реконструкцию в городе водозабора, построить ещё один в посёлке Рамасуха. Настоящей гордостью Почепского района стала и школа почти на 800 учащихся, которая вошла в число лучших учебных заведений Брянщины.

Одним же из основных социально значимых объектов, появившихся в городе, стал комплекс зданий и сооружений Почепской ЦРБ. Построены современная поликлиника, лечебный корпус, есть инфекционное отделение. Сооружён и современный поликлинический консультативно-диагностический центр.

А состоянию здоровья жителей района уделяли и продолжают уделять самое пристальное внимание. Специалисты регулярно проводили обследование работающих на заводе или живущих в непосредственной близости от него. В консультативно-диагностическом центре проверили состояние своего здоровья больше 24 тыс. человек. Не обнаружено никаких заболеваний, связанных с работой объекта по уничтожению химического оружия. Более того, в районе отмечен рост рождаемости. Всё благополучно и с состоянием окружающей среды.

На состоявшейся позже пресс-конференции журналисты попросили рассказать о планах дальнейшего использования предприятия, в строительство которого были вложены такие средства. Было разъяснено, что 20 тыс. т оставшихся твёрдых отходов, которые теперь не опаснее обычных минеральных удобрений, станут храниться на специальном полигоне. Возможно, в будущем ими заинтересуются для своих нужд промышленные предприятия региона. А заместитель министра промышленности и торговли РФ Георгий Каламанов отметил, что уже рассматривается инициатива по переработке на заводе титанциркониевых песков, крупные месторождения которых располагаются в соседних Унечском и Стародубском районах. Минпромторг готов оказать инвестору необходимую помощь. Есть и другие перспективные предложения.

А это означает, что объект «Почеп» продолжит работу уже в новом качестве.

Василий ШПАЧКОВ,
соб. корр. «МГ».

Брянская область.

Фото из архива автора.

Архивариус

По следам чумы

Историками сегодня доказано, что чума унесла жизни половины жителей средневековой Британии, но она также сыграла и «экономическую» роль в развитии этой и других стран. Именно благодаря распространению чумы начали появляться традиционные английские пабы в том виде, в котором мы знаем их сегодня. Об этом рассказал в новом исследовании преподаватель истории Кембриджского университета Роберт Томс.

По его словам, после того, как бубонная чума достигла берегов страны в 1348 г., убив миллионы

человек, уровень жизни оставшегося населения Британии заметно поднялся. «Зарплаты росли, а цены

падали, благодаря чему выросла покупательская способность рабочего класса. Реальные доходы между 1300 и 1450 гг. выросли на 250%», – отмечает историк.

Начался бум пивоварения, став символом несгибаемости британцев перед лицом опасности. Безусловно, общество было «покалечено», но оно не было сломлено, считает Томс. Люди начали пить больше эля, а пивоварение стало коммерчески выгодно. Повсюду начали появляться таверны и пивные, и в итоге родился английский паб.

Юрий БОРИСОВ.

Медицина и религия

В Ярославле появилась первая икона, перед которой ВИЧ-инфицированные и их близкие смогут молиться. Освящение образа, который написан во имя преподобных Паисия Святогорца и Порфирия Касокаливита, состоялось в храме Богоявления в центре города.

К святым
с молитвой

Вера в них помогает страдающим тяжёлыми заболеваниями

Идея написать новый образ возникла не случайно. Дело в том, что по благословению митрополита Ярославского и Ростовского Пантелеимона священники прихода Богоявленской церкви взаимодействуют с ярославским областным Центром по профилактике и борьбе со СПИДом. Закономерным оказался и выбор святых. Они, греки, хорошо известны верующим по своим литературным трудам. Оба прославлены недавно. Своё служение начали в годы, когда мир охватила так называемая сексуальная революция, в результате чего были разрушены семейные ценности, появились новые болезни, в том

числе СПИД. Оба святые пережили все бури XX века. Различались только их жизненные пути – святой Паисий был простым монахом на Афонской горе, а святой Порфирий служил священником при больнице в Афинах.

Перед иконой совершаются молебны о страдающих ВИЧ/СПИДом, на которых могут помолиться как они сами, так и их близкие. Кроме того, совершаются таинства исповеди и причастия, а также проводятся беседы со священником.

Елена МАРЬИНА,
внешт. корр. «МГ».

Ярославль.



Акции

Флешмобом по СПИДу

Центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями Минздрава Кабардино-Балкарской Республики провёл совместно с волонтерами «Молодой гвардии», медицинского и транспортного колледжей Кабардино-Балкарского государственного университета, молодёжного многофункционального центра флешмоб «Молодёжь против СПИДа!», посвящённый Всемирному дню борьбы со СПИДом. В мероприятии приняли участие представители Духовного управления мусульман КБР и Русской православной церкви.

На центральной площади Нальчика молодые люди с красными ленточками представили танцевальную композицию, после чего выстроились в форме красной ленты – международного символа борьбы со СПИДом. Специалисты центра рассказали о том, что заболеваемость СПИДом в последние годы значительно выросла, особенно в молодёжной среде, в связи с чем всех призвали принять участие в информационной профилактике грозного заболевания.

По словам специалистов, больше 30% заболевших не знают об этом, пока болезнь не заявит о себе в полную силу. Инфицирование ВИЧ в большинстве случаев происходит при внутривенном введении наркотиков нестерильными шприцами (53%), на втором месте – незащищённые гетеросексуальные контакты (42%).

Василий СЕРЕБРЯКОВ.
МИА Сити!

Нальчик.

– Валентин Сергеевич, вы поступали в Первый мед спустя год после печально знаменитого «дела врачей». Не страшно было идти в доктора по горячим следам этой трагичной истории?

– Я – из медицинской семьи. Мой отец был главным столичным терапевтом, а мама работала врачом на «скорой». Гостями родителей, как правило, были их коллеги. Нетрудно догадаться, что ключевой темой разговоров за столом были болезни. В меня это впитывалось с ранних лет. Кроме того, я практически не видел отца без дела: по приходу домой он работал с медицинской литературой, писал статьи. На меня это производило колоссальное впечатление, и вопрос о выборе будущей профессии не стоял. Тем более что никакими сверхспособностями к точным наукам или искусству я не обладал.

Что же до дела врачей, то в 17 лет я ещё не осознавал в полной мере масштаба этой драматической вехи истории нашей медицины, в результате которой пострадали ни в чём не повинные академики и профессора, до которых мне было очень далеко. Мне казалось, что рядового врача, кем я планировал стать в первую очередь, преследование такого масштаба не коснётся. Так что никакого страха на этот счёт я не испытывал. В юности, знаете ли, акцент сделан на иное (улыбается)...

– Ваше детство и отрочество пришлось на правление Сталина. Каково ваше отношение к этой личности?

– Крайне отрицательное. Масовые репрессии и террор того времени оправдать невозможно. Этот человек истребил генофонд нашей страны, что, как мне кажется, аукнется нам по сей день – нация измучалась. Лучшие люди того времени были несправедливо и безжалостно уничтожены. До сих пор нам не удаётся в полной мере освободиться от страха внутри, посеянного Сталиным. Психология многих людей сформировалась в то время, передаваясь из поколения в поколение. Я согласен с писателем Эдвардом Радзинским, сказавшим, что «нам не удалось выбраться из-под сталинской шинели».

– Обучение в субординатуре вы проходили на кафедре пропедевтики внутренних болезней, возглавляемой в те годы одним из наиболее крупных терапевтов нашей страны – академиком Владимиром Василенко. Каким он остался в вашей памяти?

– Владимир Харитонович, вне всякого сомнения, был не просто умным, а необычайно мудрым человеком. Это был представитель киевской школы терапевтов, ученик великого Николая Дмитриевича Стражеско. С 3-го курса я занимался в студенческом кружке при кафедре Василенко. Именно он обучил меня работе с научной литературой: по его распоряжению я реферировал англоязычный журнал «Ланцет», еженедельно докладывая на утренних конференциях в клинике о западных достижениях в области внутренней медицины. Благодаря Василенко я научился азам клинического осмотра, общению с больными. Я вспоминаю, как под руководством академика вёл страдавшую лейкозом жену известного артиста Вольфа Мессинга.

То, как Василенко обсуждал пациентов и делал обходы, было очень поучительным: без лишнего слов, конкретно и по существу. Это был человек с железной волей и твёрдым характером. Его отлича-



Готовясь к первой встрече с заведующим кафедрой факультетской терапии Медицинского института Российского университета дружбы народов академиком РАН Валентином МОИСЕЕВЫМ, я, как и полагается в таком случае, старался наиболее досконально и тщательно проштудировать Интернет, выискивая максимум информации об одном из ведущих экспертов нашей страны в области внутренней медицины. Ознакомившись с ключевыми монографиями академика, а также изучив область его научных интересов, каркас диалога о наиболее актуальных проблемах терапии был сформирован.

Наряду с этим мне попадались материалы, раскрывавшие этого большого профессионала с общечеловеческой точки зрения: Валентин Сергеевич представал личностью весьма и весьма неординарной. Именно после этого и родилась идея о беседе с ним по душам, а не только на профессиональные темы (см. «МГ» № 88 от 25.11.2015), которая прошла в тёплой, неформальной обстановке. Хочется верить, что она позволит нашим читателям познакомиться с моим собеседником не только как с хорошо известным в нашей стране и за её пределами интернистом, но и понять масштаб его личности.

Валентин МОИСЕЕВ:

Здоровая конкуренция содействует развитию человечества

ли невозмутимость и равновесие духа. Примечательно, что Владимир Харитонович пользовался большим уважением среди коллег. В частности, к нему очень тепло относился академик Владимир Никитич Виноградов – выдающийся терапевт. Я собирался и в дальнейшем обучаться в его клинике...

– Однако ординатуру и аспирантуру вы прошли на кафедре ещё одного незаурядного учёного-клинициста – академика Евгения Тареева, которому в нынешнем году исполнилось бы 120 лет. Какова его роль в вашем профессиональном становлении?

– По распределению я оказался в городской ординатуре на базе столичной ГКБ № 24, где терапевтической службой руководил Евгений Михайлович. Пожалуй, от не менее великих своих современников его отличала неиссякаемая энергия. Он буквально горел своим делом, жил клиникой. Это был терапевт широчайшего диапазона, досконально разбиравшийся во многих областях внутренней медицины. С моей точки зрения, именно Тареев является основоположником современных ревматологии, нефрологии и гепатологии. Главный принцип работы своей клиники он формулировал так: «Большой – книга, книга – большой».

Евгений Михайлович много времени уделял работе с молодёжью. Интересовался нашей жизнью вне клиники, старался выявить в каждом из нас склонность к той или иной клинической области, максимально использовать наш потенциал применительно как к науке, так и к практической деятельности. Тареев – создатель наиболее крупной медицинской школы: воспитал шесть поколений заведующих кафедрами. Он умел развивать молодых врачей максимально всесторонне, прививая широкую профессиональную эрудицию. Он ценил людей в первую

Очень надеюсь, что наша медицина будет ещё более интенсивно развиваться вместе с медициной всего мира, а мы в РУДН и МГУ продолжим для этого свои усилия

1.12.2015

В. Моисеев

очередь за их деловые качества и преданность профессии.

В неформальной обстановке Евгений Михайлович был очень доступным и по-хорошему простым человеком. Я часто бывал у него дома, дружил с его дочерью Ириной – крупным учёным-нефрологом. Тареев играл на фортепиано, говорил на нескольких языках. Зачастую заведующие кафедрами подбирают себе сотрудников «по росту» – не терпят, чтобы кто-то был способнее их. У Тареева такое качество отсутствовало напрочь. Ему это было просто не нужно. Он был недосыгаем. Мне очень лестно быть одним из многочисленных его учеников.

– Проработав 20 с лишним лет в клинике Тареева, вы стали заведовать кафедрой внутренних болезней в РУДН. Как вы адаптировались в новой должности?

– Должен вам заметить, что одновременно с работой у Тареева я в течение 6 лет заведовал отделением в Центральной клинической больнице. Однако «Кремлёвка» меня не особо привлекала. Дело в том, что работа с номинклатурными пациентами всегда меня тяготила, хотелось вернуться к клиницизму. В 1983 г. пришёл в РУДН. Что характерно, из всех сотрудников возглавляемой мною кафедры я оказался самым молодым. Было ясно, что эти люди будут постепенно уходить, и мне пришлось самостоятельно набирать молодёжь, формируя собственную школу.

Многие из моих ординаторов тех лет в настоящее время являются профессорами, главными врачами, заведующими отделениями. Очень приятно наблюдать успехи учеников, осознавая личный вклад в их профессиональное развитие. За 30 с лишним лет РУДН стал моей второй alma mater. Жаловаться мне не на что.

– Вы часто бываете в Московской консерватории, Большом театре. Что из классической музыки привлекает вас в наибольшей степени: опера, балет или же симфонические произведения?

– Музыка даёт человеку очень и очень многое. С её помощью он духовно растёт, легче переживает те или иные жизненные неудачи, вдохновляется на дальнейшие успехи и т.д. К этому я был приучен с детства. В свободное время я стараюсь как можно чаще посещать музыкальные театры, консерваторию. Смотрю по телевизору концерты симфонической музыки, а также оперные и балетные постановки. В эти мгновения душа моя ликует.

Последнее время особенно «прикипел» к балету: смотрю записи выступлений Рудольфа Нуреева, Владимира Васильева, Мариса Липы, Михаила Барышникова. Если говорить о любимых музыкальных произведениях, то это балет «Дон Кихот» Людвига Минкуса и опера «Травиата» Джузеппе Верди. Любимым моим композитором был и

остаётся Чайковский. Из оперных певцов мне всегда симпатизировали тенора: Лемешев и Козловский. Несмотря на совершенно разную манеру исполнения, они мне симпатичны в равной степени. Также не могу не восхищаться троицей великих европейских теноров: Пласидо Доминго, Хосе Каррерасом и Лучано Паваротти. Регулярно слушаю диски с их записями.

– С раннего детства вы увлечаетесь футболом. Какому клубу принадлежит ваше сердце?

– С 1944 г. я болею за московское «Динамо». Кумиром моего детства был наш великий футболист Константин Бесков. Вообще, футбол в то время был своего рода религией. Производительность на столичном автозаводе падала на 25%, если «Торпедо» проигрывало. Сейчас такого, к сожалению, нет. Вообще, я за спортивное воспитание населения – считаю, что каждый человек по мере сил и возможностей должен поддерживать физическую форму. Я до сих пор плаваю, играю в настольный теннис, уделяю много времени

пешим прогулкам, занимаюсь на тренажёрах.

– Какого футболиста вы считаете лучшим в истории?

– Из наших – Стрельцова. Конечно же, нельзя не отметить бразильца Пеле – его по праву называют королём футбола. 10-15 лет назад я неподдельно восхищался игрой французского полузащитника Зинедина Зидана. Что он творил на поле!.. Какие пасы выдавал!.. Какие финты закручивал!.. Нынешняя футбольная эпоха ознаменована противостоянием португальца Криштиану Роналду и аргентинца Леонеля Месси. Их невозможно сравнивать, однако первый импонирует мне чуть больше.

– Вы – коренной москвич. Как вы относитесь к массовому наплыву людей в столицу нашей страны?

– Это неизбежно. Такова судьба современных мегаполисов. Посмотрите на Лондон или Париж. Людей европеоидной расы там не так уж много. Ничего плохого в миграции я не вижу. Это естественный процесс. Если человек стремится к профессиональному росту – он едет в столицу. Полагаю, что здоровая конкуренция содействует развитию человечества. В нынешней демографической ситуации сожалею особенно не о чем.

– Мне бы хотелось завершить беседу вашим любимым четверостишием.

– Всё быстрое течёт:
символ, сравненье.
Цель бесконечная здесь
в достижение.
Здесь – заповеданность
истины всей.
Вечная женственность
тянет нас к ней.

Иоганн Вольфганг фон Гёте – «Фауст». Перевод Бориса Пастернака.

Беседу вел
Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ,
обозреватель «МГ».

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

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

Главный редактор А.ПОЛТОРАК.

Редакционная коллегия: Ю.БЛИЕВ, В.ЕВЛАНОВА, В.ЗАЙЦЕВА, А.ИВАНОВ, В.КЛЫШНИКОВ, Т.КОЗЛОВ, Д.НАНЕИШВИЛИ, А.ПАПЫРИН, Г.ПАПЫРИНА, В.САДКОВСКИЙ (зам. главного редактора – ответственный секретарь), И.СТЕПАНОВА, К.ЩЕГЛОВ (первый зам. главного редактора).

Дежурный член редколлегии – А.ИВАНОВ.

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

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

Заказ № 15-11-00550
Тираж 31 054 экз.
Распространяется по подписке в России и других странах СНГ.

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

Газета зарегистрирована Министерством Российской Федерации по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций. Свидетельство о регистрации: ПИ № 77-7581 от 19 марта 2001 г. Учредитель: ЗАО «Медицинская газета».

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