

Ситуация

Терпеть и бороться...

Недоношенного мальчика полгода выхаживали врачи Челябинской областной детской клинической больницы

В Центре хирургии для новорождённых и детей грудного возраста Челябинской областной детской клинической больницы (ЧОДКБ) оперируют крошечных пациентов с экстремально низкой массой тела (меньше килограмма) буквально в первые часы жизни. Недоношенные дети, как правило, появляются на свет с серьёзными патологиями, требующими оперативного вмешательства. Каждая операция хирургов-неонатологов сравнима с искусством ювелиров.

Малыш, о котором пойдёт речь, родился недоношенным на 29-й неделе. Из-за сложностей с беременностью его мама Елена была направлена на роды в областной перинатальный центр.

После рождения крохотный пациент был переведён из областного перинатального центра в ЧОДКБ с диагнозом «некротический энтероколит». Это так называемая болезнь выживших недоношенных (более 90% детей с некротическим энтероколитом родились в Челябинске с массой тела до 1500 г).

Малышу незамедлительно требовалось сделать несколько операций. Неонатальные хирурги ЧОДКБ отсекали поражённые ткани, выполнили реконструкцию кишечника, затем последовало длительное восстановительное лечение.

— Сейчас состояние ребёнка нормализовалось, — отмечает руководитель Центра хирургии для новорождённых и детей грудного возраста ЧОДКБ, неонатальный хирург Павел Бабошко. — Он прошёл большой курс этапного лечения и реабилитации.

— Мы полгода провели в больнице. Было очень тяжело, но это стоило того, чтобы сохранить жизнь моему сыночку, — рассказала мама малыша. — Спасибо врачам. Я очень им благодарна. Хочу сказать мамочкам, что никогда, даже в самых сложных случаях, нельзя опускать руки, надо помогать врачам, терпеть и бороться.

Мария ХВОРОСТОВА,
внешт. корр. «МГ».

Челябинск.



П.Бабошко



Владимир КОСТЮШ,
министр здравоохранения
Республики Хакасия:

Думаю, никто из тех, кто работает во главе министерств, не ставит цель заработать идеальную репутацию.

Стр. 4

Владислав КУЧМА,
директор НИИ гигиены и охраны
здоровья детей и подростков
Национального медицинского иссле-
довательского центра здоровья детей,
член-корреспондент РАН:

Надо признать, что сегодня отсутствует эффективная система формирования здорового образа жизни на всех этапах обучения.

Стр. 5



Ханс ДЮИФ,
вице-президент компании
Ново Нордиск в России и Беларуси:

Уже в 1924 г. наш инсулин был рекомендован российским пациентам, и в течение последующих 90 лет мы не раз доказывали приверженность России.

Стр. 6

Работают мастера

Впервые — артроскопия плечевого сустава

Хирургическое вмешательство с применением новых методик осуществлено в Калининградской областной больнице.

Мастер-класс для своих калининградских коллег провёл врач травматолог-ортопед Клиники высоких медицинских технологий им. Н.И.Пирогова Санкт-Петербургского государственного университета Кирилл Захаров. В обучающем занятии приняли участие хирурги травматологического профиля не только из областной, но и из центральной городской клинической больницы, в том числе главный травматолог-ортопед регионального Минздрава Алексей Фёдоров.

По словам К.Захарова, артроскопия плечевого сустава освоена в России около 10 лет назад: «Это щадящая малоинвазивная технология — такая же, как на коленном суставе. Делается несколько проколов, вводится видеокamera, выявляются повреждения, проводится коррекция патологии сустава и накладываются швы. После такого вмешательства пациент восстанавливается гораздо быстрее, чем после обычной операции».

Для выявления патологии проводится магнитно-резонансная томография, рентгенография, лабораторные исследования. Показаний для проведения такого рода

операции очень много, но самые распространённые категории пациентов — спортсмены с профессиональными травмами и пожилые люди, у которых в силу различных возрастных причин нарушается двигательная функция плечевого сустава.

Операция длится около часа, восстановление в зависимости от характера травмы может проходить от 3 до 6 недель. И, как подчеркнул К.Захаров, очень важным для дальнейшей реабилитации пациента является то, как врачи и средний медперсонал готовят его для самостоятельных восстановительных мероприятий в домашних условиях после выписки из больницы.

Как рассказал заведующий отделением травматологии и ортопедии больницы Андрей Романов, это не первая совместная работа калининградских и петербургских специалистов. Год назад К.Захаров уже проводил мастер-класс по артроскопии коленного сустава. Со следующего года такие операции в областной клинической больнице станут доступными для жителей региона в рамках системы обязательного медицинского страхования.

Юлия ИНИНА.

МИА Сити!

Калининградская область.

События

«Моё здоровье — это моё право»

Под таким девизом проходит в этом году Всемирный день борьбы со СПИДом.

В Москве состоялся III Всероссийский форум для специалистов по профилактике и лечению ВИЧ/СПИДа — первое мероприятие, открывающее Всероссийскую акцию «Стоп ВИЧ/СПИД», которая уже в четвёртый раз проводится при поддержке Министерства здравоохранения РФ Фондом социально-культурных инициатив.

В рамках акции в течение недели в высших учебных заведениях, учреждениях среднего профессионального образования и школах страны пройдут открытые студенческие форумы, интернет-уроки, обучающие семинары, дискуссионные «круглые столы», молодёжные фестивали, благотворительные акции для детей, живущих с ВИЧ, спортивные турниры, состязания и т.д.

Мероприятия проводятся в рамках реализации Государственной стра-

тегии противодействия распространению ВИЧ-инфекции в России на период до 2020 г. и дальнейшую перспективу и являются важной составляющей эффективного общественно-государственного сотрудничества по решению проблемы распространения ВИЧ-инфекции в стране.

Иван ВЕТЛУГИН.

МИА Сити!

Москва.

Новости

Агрессия «под микроскопом»
психотерапевтов

В Ставропольской психиатрической больнице № 1 прошёл V съезд психотерапевтов и психологов Северо-Кавказского федерального округа: специалисты обсудили агрессию в современном обществе.

В частности, кандидат психологических наук Владимир Ромек из Ростова-на-Дону рассказал об истоках формирования поведенческих моделей: подражание, копирование поведения родителей либо авторитетных членов группы и даже незнакомых людей, под влияние которых человек может попасть в новой ситуации.

Психиатр, судмедэксперт Ставропольской краевой клинической психиатрической больницы Ирина Козлова рассказала о видах агрессии, пояснив, что, с одной стороны, это действие, направленное на причинение тяжкого вреда физическому здоровью человека, а с другой, – черта личности, которая проявляется как активность, наступательность, движение вперёд. В этом случае агрессия – воля к победе, к открытиям, к самореализации, активная жизненная позиция, стремление к адекватному лидерству. В конце своего доклада Ирина Львовна предложила присутствующим пройти тест на склонность к риску: были представлены различные жизненные ситуации, на которые человек может отреагировать по-разному.

Далее Татьяна Павлова, старший научный сотрудник центра экстренной психологической помощи Московского психолого-педагогического университета, рассказала о враждебности как факторе социальной тревожности.

Значительное время съезда было посвящено семинарам, также прошёл симпозиум для психиатров «Проблема преодоления терапевтической резистентности при ведении депрессивных больных».

В съезде приняли участие более ста психологов и специалистов по социальной работе из разных регионов Северо-Кавказского федерального округа.

Родион КРЫЛОВ.

Ставрополь.

Компьютерный контроль
за лабораторией

Перинатальный центр Приморского края входит в число лечебно-профилактических учреждений, где активно внедряются новые информационные технологии. В медицинском учреждении уже запустили электронную систему регистрации на лабораторные исследования. В ближайшие дни в ЛПУ заработает ЛИС – лабораторно-информационная система.

– Использование электронной системы регистрации на лабораторные исследования даёт хорошие результаты – теперь пациенты меньше времени проводят в ожидании перед посещением процедурного кабинета, – сообщили в Департаменте здравоохранения Приморского края.

В Приморском краевом перинатальном центре 3 года назад открылся современный клиничко-диагностический центр. Лаборатория выполняет все виды анализов: общие, клинические, гематологические, биохимические, иммунологические, молекулярно-генетические. В день здесь делают 3-3,5 тыс. исследований для отделений неонатологии, акушерства и гинекологии, а также женской консультации и детской поликлиники, которые входят в состав ЛПУ.

Сегодня в Приморье реализуется ещё один крупный проект в части информатизации здравоохранения – внедрение программы электронного мониторинга беременных, сервисной базой которой стал также перинатальный центр. Здесь аккумулируется информация обо всех беременных женщинах края. За обновляющимися данными следит отдельный специалист, он же реагирует на тревожные сигналы системы: назначает дополнительное обследование, анализы и при необходимости направляет на роды в определённый родильный дом.

Николай ИГНАТОВ.

Владивосток.

Врачи получают квартиры

В Раменском районе Подмосковья 6 врачам, которые приехали на работу в муниципалитет и снимали жилье, вручили ключи от новых квартир. Все эти специалисты недавно приехали в Раменское.

– Работаю терапевтом и кардиологом в Раменской городской поликлинике № 2 уже третий год. Мне нравится здесь. Не ожидала даже, что так быстро получим хорошее жильё. Спасибо большой администрации района, нашему профсоюзу, главному врачу центральной районной больницы, – поблагодарила одна из обладательниц ключа от новой квартиры терапевт Екатерина Руднева.

Всего в этом году новое жильё в Раменском районе получили 10 врачей.

Павел ЛЕОНИДОВ.

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

Новые подходы

Чтобы детишек
было больше

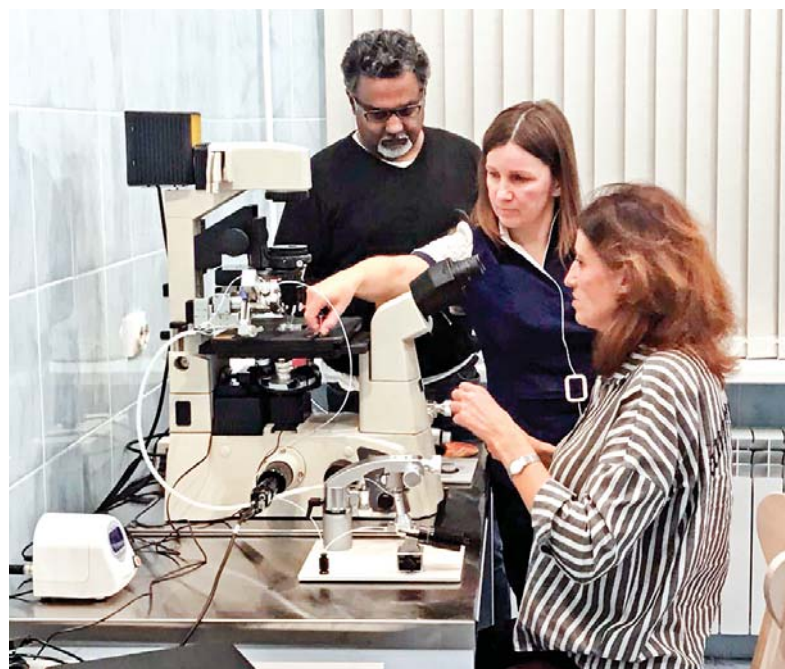
Эмбриологам прибавляется работы

Новое оборудование для Центра охраны здоровья семьи и репродукции – залог увеличения рождаемости в Республике Северная Осетия – Алания. Средства на его приобретение выделены из бюджета Министерства здравоохранения региона.

Благодаря покупке современной аппаратуры на базе центра предлагается самый эффективный способ достижения беременности – программа ЭКО + ИКСИ (ICSI, IntraCytoplasmic Sperm Injection). ИКСИ – это современный метод искусственного оплодотворения, дополняющий обычную программу ЭКО. Процедура проводится эмбриологом на специальном лазерном микроскопе.

– Была поставлена задача – увеличение квот на ЭКО в 5 раз. Так, в этом году на проведение процедуры ЭКО было выделено 175 квот. Теперь мы сможем проводить для жителей республики на бесплатной основе данную процедуру на современном оборудовании. Надеемся, что благодаря современным технологиям детишек в нашей республике будет больше, – прокомментировал новшество министр здравоохранения региона Михаил Ратманов.

Для монтажа оборудования в республику приехал инженер из Дании. По словам специалиста, теперь в центре смогут лечить все виды бесплодия, в том числе с «мужским фактором».



Идёт наладка нового оборудования

– С проблемой бесплодия сталкиваются 15% супружеских пар. Метод экстракорпорального оплодотворения является основным способом его лечения и эффективен практически при любых его формах, – напоминает главный врач Центра охраны здоровья семьи и репродукции Республики Северная Осетия – Алания Светлана Шаталова.

Супружеские пары после проведенного обследования и при отсутствии противопоказаний имеют возможность бесплатно пройти программу ЭКО за счёт средств Фонда обязательного медицинского страхования.

Рубен КАЗАРЯН,
соб. корр «МГ».Республика
Северная Осетия – Алания.

Перспективы

Крепкая семья –
основа РоссииТакова должна быть политика
нашего государства

Лучшие практики и механизмы межсекторного и межведомственного партнёрства на основе принципов проекта Всемирной организации здравоохранения «Здоровые города» в интересах здоровья и благополучия подрастающего и будущих поколений в России рассмотрены на слушаниях в Общественной палате РФ.

– Мы находимся на старте объявленного в стране Десятилетия детства. Нам важно выстроить грамотные отношения с госорганами и органами местного самоуправления, потому что именно на уровне муниципалитетов дети живут, учатся и развиваются, – сказала, открывая слушания, председатель Комиссии Общественной палаты РФ по поддержке семьи, материнства и детства Диана Гурцкая.

– Здоровые ребёнок и мама – это значит здоровый город и страна, – поддержал её губернатор Вологодской области Олег Кувшинников. – Сегодня в России остро стоят демографические вызовы. Политика сбережения здоровья должна стать страте-

гической для всех – от рабочего места до семьи. Это главное. Мы должны истребить из сознания общества представление, что чем больше детей в семье, тем меньше в ней внимания уделяют здоровью. Многодетная семья должна стать нормой, она должна чувствовать себя комфортно.

Общественная палата РФ могла бы формировать соглашения между государством, обществом и социально ориентированным бизнесом по вопросам благополучия семей и детей, полагает заместитель председателя Комиссии Общественной палаты РФ по поддержке семьи, материнства и детства Сергей Рыбальченко. Стратегия детства – это новый этап, который является основой для партнёрства НКО, государства и социально ответственного бизнеса, считает он.

Каждому региону, представившему свои практики на слушаниях, было чем поделиться с коллегами. Так, сильной стороной Московской области оказались перинатальные и клиничко-диагностические центры (КДЦ). Об этом рассказала заместитель министра здравоохранения региона Ирина Солдатова.

– У нас 68 муниципальных образований и большой репродуктивный потенциал. В прошлом году мы зафиксировали превышение рождаемости над естественной смертностью. По рождаемости мы на 4-м уровне по стране, – сообщила И.Солдатова.

В Подмосковье работают 6 перинатальных центров, открыто 19 новых КДЦ, отремонтированы все детские поликлиники. В регионе развита концепция ранней помощи: ведётся регистр всех юных пациентов, которые могут попасть в группу инвалидности, и прописывается программа реабилитации. Для этого была введена новая должность в КДЦ – специалист ранней помощи.

Слушания, собравшие более 80 посланцев из 30 регионов и территориальных образований страны, организовала Комиссия Общественной палаты РФ по поддержке семьи, материнства и детства совместно с Ассоциацией по улучшению состояния здоровья и качества жизни населения «Здоровые города, районы и посёлки». В них приняли участие депутаты Госдумы, представители органов власти субъектов РФ, Минздрава России, Европейской сети ВОЗ «Здоровые города», руководители офиса ВОЗ в России, НКО и эксперты в области общественного здоровья.

По итогам обсуждения выработаны рекомендации по совершенствованию федерального и регионального законодательства и предложения в план мероприятий Десятилетия детства.

Валерий МАЛОВ.

МИА Cito!

Официально

Три составляющие бюджета

Здравоохранению страны добавлено 15,2 млрд руб. – Государственная Дума приняла в третьем, окончательном чтении Федеральный закон о бюджете РФ на 2018 г. и плановый период 2019-2020 гг.

Позиции думских фракций в ходе прохождения рассмотрения законопроекта в нижней палате парламента не изменились. Как и перед первым его чтением, фракции КПрРФ и «Справедливая Россия» голосовали против представленного Правительством РФ варианта этого законодательного акта, а поддержан он был голосами «Единой России» и ЛДПР.

Как уже сообщалось ранее, внесённым в парламент проектом федерального бюджета РФ расходы на здравоохранение в 2018 г. должны были составить 438,3 млрд руб. с последующим снижением до 403,9 млрд в 2019 г. и ростом до 472,8 млрд в 2020 г.

В федеральном бюджете на 2017 г. расходы на здравоохранение составляют 378,7 млрд руб.

В ходе работы над законопроектом о трёхлетнем бюджете был перераспределён почти 1 трлн руб. Всего депутатами и правительством было подано 586 поправок, к принятию были рекомендованы 406. В ходе перераспределения

средств на раздел «Здравоохранение» было добавлено 15,2 млрд руб.

Согласно принятому Госдумой РФ закону, доходы бюджета РФ в 2018 г. составят 15,26 трлн руб., в 2019 г. – 15,55 трлн, в 2020 г. – 16,3 трлн. Расходы запланированы на уровне 16,53 трлн руб. в 2018 г., 16,4 трлн в 2019 г. и 17,155 трлн в 2020 г. Таким образом, дефицит федерального бюджета составит в следующем году около 1,3 трлн руб., в 2019 г. – 819,1 млрд, в 2020 г. – 870 млрд.

Согласно законопроекту, внесённому Правительством РФ в Госдуму, консолидированный бюджет здравоохранения в 2018 г. должен составить 3 трлн 315 млрд руб., прирост к уровню 2017 г. – 15,1%. Федеральная часть этого бюджета должна вырасти на 18,3% и составить 460,3 млрд руб. (в 2017 г. – 389 млрд), консолидированные бюджеты субъектов РФ – вырасти на 13,8% и составить 740,8 млрд руб. (в 2017 г. – 713,7 млрд). Бюджеты фондов ОМС планировалось увеличить на 14,9% – до 1 трлн 994,1 млрд руб. (в 2017 г. – 1 трлн 735 млрд). Об этом на заседании Комитета Госдумы по охране здоровья сообщила министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова.

Консолидированный бюджет здравоохранения страны складывается именно из этих трёх составляющих – федерального бюджета, средств Федерального фонда обязательного медицинского страхования и бюджетов субъектов РФ.

Теперь, после прохождения законопроекта через Госдуму, понятно, что означенные выше «припарки» федерального бюджета на ближайшие три года здравоохранению не помогут. Правда, Совет Федерации, которому предстоит одобрить или отклонить принятый нижней палатой парламента закон, ещё может прописать какие-нибудь «примочки», но они также вряд ли помогут «лечению».

Так что вся надежда остаётся на ФФОМС, средства которого превышают более 80% того объёма, который идёт на систему оказания медицинской помощи населению страны. И ещё – на «софинансирование» россиянами расходов на здравоохранение, то есть на оплату части «медицинских услуг», как принято сейчас называть у нас медицинскую помощь. Дебаты по этому поводу уже вовсю идут во властных структурах и обществе в целом. О них «МГ» расскажет в своих ближайших номерах.

Константин ЩЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

Назначения

В НМИЦ онкологии им. Н.Н.Блохина новое руководство



Приказом Министерства здравоохранения РФ исполняющим обязанности директора Национального медицинского исследовательского центра онкологии им. Н.Н.Блохина назначен заведующий отделением абдоминальной онкологии член-корреспондент РАН Иван СТИЛИДИ.

Иван Сократович родился в 1964 г. Окончил лечебный факультет 2-го Московского государственного медицинского института им. Н.И.Пирогова (ныне РНИМУ им. Н.И.Пирогова). На протяжении всей профессиональной деятельности местом его работы был НМИЦ онкологии им. Н.Н.Блохина. В онкоцентре начал работать в 1988 г. хирургом в

отделении торакальной онкологии. С 2005 г. занимал должность заведующего хирургическим отделением торакеоабдоминального отдела НИИ клинической онкологии. С 2014 г. – член-корреспондент РАН.

За время работы профессором И.Стилиди сформирована научная школа, подготовлены ученики, спасены тысячи жизней пациентов.

По сообщению пресс-службы Минздрава России, ранее занимавшему должность директора НМИЦ онкологии им. Н.Н.Блохина академику РАН Михаилу Давыдову предложено стать главным научным консультантом учреждения и сохранить позицию главного онколога Министерства здравоохранения РФ.

За многолетнюю плодотворную научную, организаторскую и врачебную деятельность М.Давыдов награждён почётной грамотой Минздрава России.

Павел АЛЕКСЕЕВ.

Подписка-2018

Идёт подписная кампания



Уважаемые читатели!

Условия оформления подписки на «Медицинскую газету» вы найдёте в Объединённом каталоге «Пресса России – 2018» в отделениях почтовой связи России.

Подписные индексы:

42797 – на год;

32289 – на полугодие;

50075 – на месяц.

Подписаться на «МГ» по льготным ценам можно и через редакцию, направив заявку по электронной почте: mg.podpiska@mail.ru или по почте: ул. Гиляровского, 68, стр. 1, Москва 129110.

Справки по телефонам: 8 (495) 608-85-44, 8-916-271-08-13.

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

Инициатива

Разглядеть за диагнозом человека

Межрегиональный общественный благотворительный фонд «Качество жизни» совместно с Департаментом труда и социальной защиты населения Москвы объявляет Месяц в поддержку людей с особенностями психического развития и запускает проект, направленный на снижение социальной изоляции таких людей, признание их прав и возможностей. Социальная инициатива стартовала в преддверии Международного дня инвалидов в сотрудничестве с некоммерческими организациями и экспертным сообществом.

Основная задача проекта – создать в обществе неформальный диалог о наших страхах и предубеждениях; побудить к принятию психических заболеваний и особенностей психического развития; напомнить, что за любым диагнозом стоит прежде всего человек, имеющий право на уважение и развитие. В благоприятных условиях люди с психическими особенностями максимально социализируются, дополняя наш мир своей индивидуальностью.

С психическим расстройством, рождением ребёнка с нарушениями развития может столкнуться каждый. Это значит, что абсолютно любой человек может оказаться совершенно один со своей проблемой, – говорит президент фонда «Качество жизни» Мария Кулик. – Стигматизация вредит не только людям с особенностями психического развития, врачам, но и всему обществу, которое старается дистанцироваться от этих людей, словно их вовсе не существует. Данную проблему можно решить с помощью обычного общения: стоит лишь начать искренне

и открыто говорить об этом, как мифы начинают рушиться прямо на глазах. Предстоит месяц общения между обществом, государством, профессиональным сообществом и людьми с особенностями психического здоровья и развития. Услышать друг друга – это уже огромный шаг к тому, чтобы стать обществом, свободным от предвзятых рассуждений.

В рамках проекта на различных площадках Москвы пройдут просветительские лекции по психиатрии, состоятся общественные дискуссии, в том числе по проблемам реформы психоневрологических интернатов. Одним из ключевых мероприятий станет конкурс творческих работ по изобразительному искусству и фотографии. В нём примут участие дети и взрослые с особенностями психического развития. Лучшие работы будут представлены москвичам в выставочных центрах города и помогут нам понять друг друга и сблизиться.

Ирина АНДРЕЕВА.

МИА Сити!

Санитарная зона

Рутением пугают, но он не страшен



Роспотребнадзор опроверг сообщения о превышении уровня рутения-106 в атмосферном воздухе.

В связи с публикацией в зарубежных и отечественных СМИ материалов о фактах обнаружения рутения-106 в атмосферном воздухе на территории европейских стран и России Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека сообщает: проведён анализ зарегистрированных Росгидрометом уровней объёмной активности рутения-106 в атмосферном воздухе в Российской Федерации в сентябре – октябре 2017 г. В результате установлено, что максимальные уровни объёмной активности рутения-106 в атмосферном воздухе в 200 и более раз меньше допустимого уровня и не представляют угрозы для здоровья населения.

Ситуация остаётся на контроле Роспотребнадзора.

В сентябре – октябре Росгидромет обнаружил повышенное содержание этого изотопа и продуктов его распада в пробах воздуха в Челябинской области, Республике Татарстан, Волгограде и Ростове-на-Дону.

Немецкое Федеральное ведомство по радиационной защите, обнаружившее следы рутения-106 в пробах воздуха из Австрии и Германии в безопасной, по его же информации, для населения концентрации, предположило, что источник находится в России. Ряд СМИ тут же поспешил заподозрить в выбросе радиоактивного вещества объединение «Маяк» в Челябинской области, на котором в 1957 г. произошла печально знаменитая Кыштымская радиационная авария. Но в объединении заявили, что с рутением-106 не работают. Источник загрязнения пока неизвестен.

Валерий СУВОРИН.

МИА Сити!

Недавно назначенный министр здравоохранения Республики Хакасия Владимир Костюш взял за практику проводить прямые линии с сотрудниками медицинской отрасли по каналам видеосвязи. Не с руководителями, как это принято со временем селективных совещаний, а именно с рядовым составом. Дата проведения очередного телемоста объявляется заранее, чтобы врачи, медсёстры и иной персонал лечебных учреждений городов и районов республики могли подготовиться, сформулировать свои вопросы министру.

Надо признать: вот так отчаянно броситься «на амбразуру», принять на себя весь поток непонимания, недовольства, деликатных просьб и отчаянных эмоциональных требований готовы не все министры. Правильнее будет сказать – почти никто. Тут особый характер нужен. На вопрос корреспондента «МГ», так ли уж необходимо это делать руководителю регионального Минздрава, если заведомо известно, что вероятность услышать «неудобные» вопросы гораздо выше, чем вероятность услышать спасибо, В.Костюш признаётся:

– Не могу сказать, что я совсем уж не боюсь вопросов, на которые у меня может не быть ответа. Волнение, конечно, есть. Но раз уж согласился на этой должности работать, будь готов принимать все приятные и неприятные эмоции и ситуации, связанные с ней. Я себя к этому приучил, когда, ещё будучи главным врачом Республиканской больницы, ходил в одиночку по отделениям, представлялся пациентам и спрашивал их мнение о лечении, о врачах. Общение с коллективами медицинских учреждений именно в таком формате в министерстве прежде не практиковалось. Между тем это важно: всё-таки 2 тыс. врачей, 5 тыс. медсестёр работают в отрасли, и неправильно не интересоваться мнением и тревогами людей по поводу системы здравоохранения в целом, отдельных лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), их персональных служебных проблем.

Как показали первые две видеоконференции, самые частые темы обращений к руководству республиканского Министерства здравоохранения – заработная

Наши интервью

Министр на лавры не рассчитывает

Вредит или помогает репутации чиновника демократический стиль руководства?



В.Костюш

плата медработников, порядок определения размера стимулирующих выплат, кадровая политика в отрасли и в отдельно взятых ЛПУ. К числу острых тем также относятся перспективы обновления санитарного транспорта в Хакасии, материально-техническое обеспечение учреждений, способы урегулирования конфликтов «врач – пациент» и «сотрудник – главврач».

В значительном количестве случаев действительно требовалось вмешательство министра, но в части ситуаций, отмечает глава Минздрава Республики Хакасия, вопросы можно было решить на уровне главного врача. К примеру, есть неясности по нагрузке рентгенологов в связи с техническим переоснащением отделений лучевой диагностики или по стимулирующим выплатам: не все врачи правильно понимают, при каких условиях такие выплаты начисляются.

– Сам факт, что подобные вопросы у людей возникают, говорит о том, что руководство ЛПУ просто не дошло до своих сотрудников важную информацию. К сожалению, так бывает, если жизнь идёт параллельно: у коллектива – своя, у администрации – своя, – подчёркивает В.Костюш.

В то же время врачей Республики Хакасия, как, наверное, и врачей всех других российских регионов, интересуют темы глобальные, в частности всё, что связано с реализацией Майских указов Президента России, повышением заработной платы медработникам, а также социальные выплаты регионального характера как для медработников, так и для выпускников вузов. Согласно дорожной карте, в Хакасии врач должен будет с 2018 г. получать не меньше 45 тыс. руб. Врачи не понимают, как такое возможно: на одну ставку 45 тыс. никогда не заработаешь, к тому же все виды выплат из разных источников входят в данную сумму. Это один из болевых вопросов, медики высказывают несогласие.

То, что Майские указы Президента России выполнять надо, даже не обсуждается. Но есть ли у здравоохранения ресурсы, чтобы повысить зарплату врачам иначе, чем методом сокращения штата: из трёх специалистов двоих уволить, а одного заставить за хорошую зарплату работать втрое?

– У нас укомплектованность отрасли как врачами, так и средним медперсоналом не очень высокая, поэтому в Хакасии подобной практики повышения заработной платы нет. Да, некоторые сложности по выполнению дорожной карты были, но они решались на уровне регионального бюджета и фонда ОМС. С задачей повышения зарплаты, думаю, мы справимся, – говорит глава Минздрава Республики Хакасия.

Что же касается в целом ресурсов здравоохранения, за счёт которых можно не только увеличить размер оплаты труда медиков, но и повысить эффективность работы самой отрасли, они, по мнению моего собеседника В.Костюша, есть. И главный из них – неоптимальная сеть лечебных учреждений. Так, в радиусе 20 км от Абакана два районных центра и город Черногорск. В каждом из них существуют детские, хирургические и терапевтические отделения, которые не загружены на 100%, но при этом есть госзаказ, и должна быть достойная зарплата медперсонала. А как её обеспечить при низкой врачебной активности?

– Можно ли назвать такую лечебную сеть эффективной? Конечно, нет. Например, в нерабочее время в районной больнице дежурит один специалист, диагностическая база отсутствует. При появлении экстренных пациентов приходится вызывать специалистов для проведения диагностики, из-за чего увеличивается время оказания медицинской помощи. Самый верный вариант – использовать потенциал нового хирургического корпуса Республиканской больницы, весь объём плановой

хирургической помощи, включая высокотехнологичную, сосредоточить там. Если есть хорошая дорога и надёжный санитарный транспорт, то пациента можно из района быстро доставить в городскую больницу на расстоянии 20 км. Тогда и пациенты выиграют в качестве оказанной им медицинской помощи, и врачи будут получать нормальную зарплату. Другой пример: в участковых больницах оставили 5-7 коек сестринского ухода, которые не работают эффективно, при этом мы всё равно платим зарплату персоналу. Какой в этом смысл, если такие же деньги можно направить на лечение больного в условиях нормального круглосуточного стационара? – продолжает В.Костюш.

И тут же подчёркивает: это не универсальное средство, нет и не может быть одного рецепта для всех субъектов Российской Федерации. В каждой территории с учётом структуры городов и районов, дорожной сети, лечебной сети, технической оснащённости и кадрового потенциала лечебных учреждений решение о том, какие ресурсы отрасли использовать более рационально, должно приниматься индивидуально. Главное при этом – обеспечить возможность для пациента своевременно получить медицинскую помощь. Так, в Хакасии есть удалённые районы в горной местности, и там однозначно необходимо содержать стационарные койки для терапевтической и экстренной хирургической помощи, это вне сомнений.

Все эти непростые, весьма острые темы министр здравоохранения Хакасии обговаривает не только с депутатами, правительством республики и главными врачами ЛПУ, но теперь и с рядовыми медработниками. Ведь работать в новых условиях и по новым правилам предстоит именно им. А на последний вопрос, не идёт ли такой стиль руководства отраслью во вред репутации министра, В.Костюш ответил:

– Думаю, никто из тех, кто работает во главе министерств, не ставит цель заработать идеальную репутацию. Это в принципе невозможно. Такова специфика службы чиновников, к этому нужно быть готовыми.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Абакан.

Ориентеры

Недавно в Челябинской областной клинической больнице появился новый центр коррекции веса. Здесь проводится терапевтическое и хирургическое лечение.

Сначала пациенты попадают на приём к эндокринологу, проходят обследование: уточняется, есть ли повышенное давление, определяется уровень сахара. Эндокринолог назначает диету, физические нагрузки и медикаментозное лечение. Часть пациентов достигают успеха уже на этом этапе, но те, у кого индекс массы тела выше 35 и даже 40, обычно попадают на консультацию к хирургу.

Так, Леонид Шабалов из Троицка обратился в областную больницу в конце октября с высоким АД. В свои 44 года мужчина весил 153 кг. За время лечения похудел на 20 кг и мечтает избавиться ещё от 80. Во время обследования обнаружился сахарный диабет, назначили лечение, а после предложили сделать резекцию желудка.

– У меня была одышка, после подъёма на второй этаж приходилось отдыхать несколько минут, –

Удар по ожирению

Для борьбы с ним есть терапевтические и хирургические методы

вспоминает Л.Шабалов. – Сейчас чувствую, что стало легче. Я ушёл от инсулина. Конечно, питание изменилось: ем почти всё, но маленькими порциями, после 5 вечера не ем, хлеб исключил. На ужин – стакан кефира. На обед съедаю 6-7 чайных ложек и надеюсь. Начал ходить, стараюсь в день километра 3-4 пройти. Даже по лестнице стал подниматься спокойно.

Чаще всего такие пациенты имеют сопутствующие проблемы: и гипертонию, и сахарный диабет 2-го типа, при котором лишний вес играет негативную роль. Из-за ожирения снижается чувствительность к инсулину, и очень сложно достигнуть целевого уровня глюкозы, поэтому снижение веса – ключевой момент в лечении диабета.

В центр могут направить как врачи из поликлиники, увидевшие

проблему, так и специалисты из стационара.

– Самый важный показатель – это индекс массы тела, – говорит руководитель областного центра коррекции веса, главный эндокринолог регионального Минздрава Валерия Тюльганова. – Хирургическое лечение показано пациентам со 2-й и 3-й степенью ожирения, остальным стараемся снизить вес консервативно.

По её словам, ожирение влияет на работу всего организма. Самые тяжёлые последствия – это развитие ишемической болезни сердца, инфарктов и инсультов. Поражается костная система, так как лишний вес оказывает большую нагрузку и на суставы, и на позвоночник. У людей с ожирением чаще развиваются остеохондрозы, грыжи межпозвоночных дисков, деформирующие

остеоартрозы, остеопороз. Страдают вены и артерии нижних конечностей – возникает варикозная болезнь, атеросклероз. В желчном пузыре образуются камни, в печени – жировой гепатоз.

Трудно найти такую область, которая была бы не изменена при ожирении, и риск онкологических заболеваний при ожирении выше – у женщин это молочные железы и эндометрий, у мужчин – кишечник.

Суть операции состоит в уменьшении объёма желудка до одного стакана. Есть и факторы эндокринной функции желудка. Он выделяет гормон, который отвечает за чувство голода у человека, и гормоны контингулярной системы, блокирующие действие самого инсулина.

В той части желудка, которую удаляют хирурги, больше всего

клеток, производящих эти гормоны. Соответственно, операцией достигается два эффекта: уменьшение объёма съеданной пищи и улучшение воздействия собственных гормонов на организм.

За две недели существования центра через него прошли 15 пациентов, ещё порядка 25 прооперированы хирургами, которые приступили к решению проблемы два года назад.

– Обычно объём желудка спокойно вмещает до полулитра, но это орган, можно сказать, резиновый, и зачастую наши пациенты поражают объёмами, которые могут съесть, – разъяснил заведующий отделением абдоминальной хирургии Челябинской областной клинической больницы Антон Ефремов. – Поэтому перед операцией мы сразу обговариваем, что режим и ритм питания придётся поменять. Результат? Есть пациенты, которые сбросили по 70-75 кг, они возвращаются к нормальному весу, который был у них в молодые годы.

Наталья МАЛУХИНА,
внешт. корр. «МГ».

Челябинск.

Школьная медицина довольно долго пребывала в забвении. Она, конечно же, худо-бедно существовала, но мало кого, кроме людей к ней причастных, интересовала. Наконец о ней вспомнили, пришло осознание её роли в профилактике заболеваний и сохранении здоровья обучающихся. Началось движение вперёд.

Как отметил на недавнем, XVI Российском конгрессе «Инновационные технологии в педиатрии и детской хирургии» депутат Государственной думы РФ, член Комитета по охране здоровья Юрий Кобзев, именно профессиональное сообщество сформировало запрос на то, чтобы в России появилась новая, современная система здравоохранения в школе.

Год назад было дано поручение Президента РФ проанализировать ситуацию в области охраны здоровья детей и принять необходимые меры. Комитетом Госдумы РФ по охране здоровья проведены парламентские слушания и по их результатам создана рабочая группа, в которую вошли ведущие эксперты по детскому здравоохранению. В её рамках запланировано подготовить пакет изменений в действующее законодательство с учётом практики, полученной в регионах, участвующих в пилотном проекте «Школьная медицина». Организатором проекта выступил Минздрав России, участниками стали Ямало-Ненецкий автономный округ, Республика Саха (Якутия), Ростовская, Смоленская, Тамбовская области. А теперь присоединилась Москва.

Цель проекта – создание современной эффективной модели здоровьесбережения обучающихся в школах с учётом региональных особенностей, системы организации профилактики, способной повысить уровень здоровья школьников. Одна из задач – отработка межведомственного взаимодействия, в первую очередь с системой образования. В ходе реализации проекта (а он рассчитан на период до конца 2018 г.) предусматривается не только внесение изменений в нормативно-правовые акты, но и издание соответствующих рекомендаций, в том числе клинических. По словам представителя Минздрава России Игоря Лысыкова, уже созданы методические пособия, информационные материалы, которые направлены на повышение профессиональной грамотности медиков, работающих в образовательных учреждениях, подготовку педагогов по вопросам оказания первой помощи, а также на обучение учащихся охране собственного здоровья. Сейчас они совершенствуются и будут рекомендованы в последующем для включения в образовательные стандарты Минобрнауки России.

С 1 января 2018 г. вступает в действие новый порядок проведения профилактических осмотров детей, регламентированный приказом Минздрава России № 514н от 10.08.2017. Одной из его новелл является то, что при наличии условий профосмотры могут проходить на базе образовательных учреждений. При этом даже если учащийся не прикреплен на медицинское обслуживание к поликлинике, которая проводит профосмотр, он всё равно осматривается, а результаты направляются по месту жительства в ту территориальную поликлинику, где ребёнок получает первичную медико-санитарную помощь, чтобы участковый педиатр знал о них.

– Ведь мало осуществить осмотр, важно организовать последующее динамическое диспансерное наблюдение, – подчеркнул Игорь Вячеславович.

Помимо этого, результаты профосмотра в обязательном порядке должны попадать в руки персонала медицинских блоков, располагающихся на базе образовательных организаций, для корректировки индивидуальных планов обучающихся. Также копия карты с рекомендациями как по сохранению здоровья, физическому развитию,

питанию, занятиям спортом, так и по лечебным мероприятиям выдаётся ребёнку (если он старше 15 лет) или его законному представителю.

Кто такой бакалавр?

Конечно, и Минздрав, и Минобрнауки, и Правительство заинтересованы в повышении качества медицинской помощи и удовлетворённости населения, в том числе в период обучения в образовательных организациях. Но...

Деловые встречи

Школьная медицина — медицина профилактическая

Её надо вывести на новый уровень



Во время открытия конгресса

– Мы вынуждены констатировать, и с этим не спорят педагоги, что уровень подготовки студентов педагогических вузов по вопросам охраны и укрепления здоровья не отвечает современным требованиям, не говоря уже о навыках оказания неотложной помощи. На наш взгляд, студенты должны получать знания по такой медико-профилактической дисциплине, как «Основы формирования здоровья детей». Для этого необходимо внести соответствующие изменения в образовательную программу, что, бесспорно, повысит грамотное содействие охране и укреплению здоровья со стороны педагогов, – считает директор НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков Национального медицинского исследовательского центра здоровья детей, член-корреспондент РАН Владислав Кучма.

Сегодня у учителя нет возможности оказывать реальную медицинскую помощь учащимся. По словам работников «скорой», с того момента, как школьная медицина, по сути, ушла из образовательных учреждений, в среднем из каждой школы в службу «03» поступает 1-2 вызова в день, на которые приходится выезжать, потому что учитель без согласия родителей не может даже зелёной смазать маленькую ссадину.

– Школьная медицина должна развиваться, – считает декан педиатрического факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова Лидия Ильенко. – На территории учреждения образования медуслуги должны выполняться представителями системы здравоохранения, несмотря на то что сегодня есть институт парамедиков, и мы должны учить педагогов оказывать первую помощь. Поверьте, правильно её оказать, овладеть навыками очень сложно, требуется время, тренировочные занятия и т.д. Первичная аккредитация выпускников медицинских вузов показывает, что даже они, проучившись 6 лет, испытывают трудности, что уж говорить об

учителях? Поэтому, мне кажется, нужно, чтоб этим занимались врачи или фельдшеры.

Однако проблему обостряют имеющийся в детских поликлиниках дефицит врачебного и сестринского персонала, нежелание молодых специалистов работать в отделениях медицинской помощи несовершеннолетним (в связи с небольшой заработной платой, огромным документооборотом).

Как справедливо отметил В.Кучма, школьная медицина никуда не исчезала. Нет людей,

– Надеюсь, что со временем к ним подключатся все регионы, – сказала она, – и мы по-новому отнесёмся к нашей педиатрической службе, действительно попытаемся перейти на тот принцип, о котором всегда говорили: профилактика должна быть впереди всего.

Мысль продолжил В.Кучма, отметивший в своём выступлении, что Президент РФ подписал в мае указ об объявлении 2018-2027 гг. Десятилетием детства, и грех не воспользоваться этим политическим посылом.

формирования здорового образа жизни на всех этапах обучения, – отметил В.Кучма. – Отсутствует прежде всего потому, что мы не знаем реального распространения факторов риска в разных территориях, в разных учебных заведениях, в различные возрастные периоды, поэтому ведём общую агитацию, которую дети зачастую даже не воспринимают. Между тем её необходимо проводить, опираясь на результаты специального мониторинга (что, кстати, тоже было предусмотрено Национальной

стратегией действий в интересах детей).

Поведение подрастающего поколения в отношении здоровья, ЗОЖ, профилактики неинфекционных заболеваний, по мнению гигиенистов, существенно отличается от поведения взрослого населения, что вызывает необходимость подготовки Минздравом и Минобрнауки России специального документа, ориентированного на детское население.

Ряд исследований показал, что изменяется физическое развитие детей, пропорции тела. Необходимы серьёзные, широкомасштабные исследования для создания федеральных рекомендаций, которые лягут в основу стандартов мебели, в том числе учебной, стандартов одежды, в том числе школьной.

Время от времени в прессе происходят всплески публикаций о суицидах и вовлечённости детей в опасные для здоровья акции. Но в стране отсутствует регулярный государственный мониторинг качества жизни детей, хотя его внедрение предполагалось.

Доказана высокая эффективность работы школ, содействующих укреплению здоровья обучающихся. Национальная стратегия действий в интересах детей предусматривала распространение данной технологии на все образовательные учреждения. Однако это не было реализовано. В.Кучма выразил надежду на то, что на старте Десятилетия детства два министерства объединятся и проведут долгожданный съезд представителей школ здоровья (последний такой съезд состоялся лет 10 назад).

Современные дети ещё с дошкольного возраста погружены в цифровую среду. Но в стране отсутствует достоверная информация о безопасности для учащихся использования информационно-коммуникационных технологий в образовательных организациях.

На сегодняшний день нет электронной базы (с позиций доказательной медицины) эффективности инновационных педагогических, физкультурно-спортивных, оздоровительных методик, безопасных для детей. Формирование такой базы данных является насущной потребностью, она может широко применяться образовательными учреждениями и родителями.

По мнению В.Кучмы, объявленное Президентом страны Десятилетие детства может и должно обеспечить формирование действительно здорового поколения, и школьная медицина способна сыграть в этом далеко не последнюю роль.

Валентина ЕВЛАНОВА,
корр. «МГ».

Фото автора.

которые готовы за эти деньги работать, людей знающих, умеющих, владеющих современными технологиями. По его мнению, только адекватное финансирование здравоохранения может привести к тому, что отделения школьной медицины будут укомплектованы.

Пытаясь как-то изменить ситуацию, Ростовский медицинский университет по собственной инициативе запустил цикл подготовки бакалавров школьной медицины.

– Первые 10 человек выходят на работу в школы, – сообщил Ю.Кобзев, рассказывая о ходе реализации пилотного проекта в Ростовской области.

Слова о бакалаврах вызвали некое недоумение у собравшихся, его выразила Л.Ильенко:

– Меня, как человека, который проработал в деканате 25 лет, просто изумили бакалавры школьной медицины. Что такое бакалавр? Это недоучившийся врач, или он стоит ближе к фельдшеру? Всё-таки у нас специалитет был, есть и будет, поэтому мы должны подумать: а какова дальнейшая судьба этих бакалавров? Мы обрекаем их на то, что они всю жизнь будут работать в школьной медицине? В наших квалификационных категориях нет таких специалистов. Если мы создаём бакалавриат в медицине (это – первый опыт), то стратегически надо поразмышлять о том, где его дальше применять, обговорить вопрос с профессиональным сообществом, сообществом деканов, ректоров, педагогов.

Надо определиться с местонахождением

Конечно же, главная задача школьного здравоохранения – профилактика. Недавно стартовавшие проекты по школьной медицине и бережливым поликлиникам, по мнению заместителя директора Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения Минздрава России Ольги Чумаковой, позволят повысить доступность, качество оказания помощи детям.

По словам профессора, основные мероприятия должны обеспечить формирование нового поколения граждан России – поколения, приверженного здоровому образу жизни. И сделать это наиболее целесообразно в общеобразовательных организациях с использованием современных технологий.

– На мой взгляд, новое поколение, составляющее основу трудового, нравственного потенциала страны, можно сформировать, создав эффективное здравоохранение, дружественное детям, подросткам и молодёжи, и обеспечив устойчивые стереотипы здорового образа жизни. Для чего требуются разработка, апробация, внедрение современных моделей оказания помощи детям в образовательных организациях и соответствующие изменения в законодательстве: принятие федерального закона об охране здоровья детей, внесение дополнений в Федеральный закон № 323, – высказал точку зрения В.Кучма.

К сожалению, до конца не решены вопросы взаимодействия между органами управления в сфере образования и здравоохранения. На многих площадках уже высказываются предложения о создании типового договора между образовательной и медицинской организациями об оказании всего комплекса медицинской помощи детям в школах.

Трудно вести работу по формированию ЗОЖ и медицины, дружественной детям, не имея достоверной информации о состоянии помощи, оказываемой детям в различных учреждениях (включая клиники, дружественные молодёжи, центры по охране репродуктивного здоровья и медико-социальной поддержке). Национальной стратегией действий в интересах детей до 2017 г. это предусматривалось, но не реализовано должным образом.

В преддверии Десятилетия детства

– Надо признать, что сегодня отсутствует эффективная система

Нынешний год стал юбилейным – вот уже 10 лет этот день проходит под эгидой ООН. В Резолюции (A/RES/61/225), подписанной Генеральной Ассамблеей этой авторитетной международной организации, впервые было обращено внимание на тот факт, что неинфекционное заболевание сахарный диабет несёт в себе столь же высокую опасность для здоровья всех наций, как и эпидемии инфекционных заболеваний.

Каждый одиннадцатый

Сегодня диабет рассматривается уже не просто как болезнь, а как эпидемия. Ещё в 2007 г. эксперты Международной диабетической федерации (IDF) предупреждали: если не будут предприняты неотложные меры для борьбы с диабетом, включающие, в том числе, разработку национальных стратегий в сфере лечения и профилактики, то в ближайшие годы количество смертей и осложнений, обусловленных заболеванием, возрастет более чем в 1,5 раза.

Спустя десятилетие эти неутешительные прогнозы сбываются с пугающей быстротой. Согласно данным IDF, обнаруженным на днях, за этот период число людей с СД в мире практически удвоилось и составило 425 млн человек, то есть им сегодня страдает каждый одиннадцатый взрослый. И в перспективе ситуация будет только усугубляться. По оценке экспертов, к 2045 г. общее число людей с диабетом достигнет уже 629 млн.

При этом расходы, связанные с лечением (так называемая экономика диабета), являются тяжёлым бременем для пациентов, их семей и государства. В структуре затрат на здравоохранение на долю диабета в 2017 г. приходится 727 млрд долл., или 12% расходов на здравоохранение во всём мире.

Данная проблема в нашей стране также становится всё более актуальной год от года. Как отмечают в IDF, в ТОП-10 стран с высокой заболеваемостью входит и Россия. Только по официальным данным в стране проживает более 4,3 млн человек с диагностированным СД и ещё до 6 млн человек, не знающих о своём заболевании. При этом считается, что только половина диагностированных пациентов получает адекватную медицинскую помощь и только половина из них достигает целей лечения.

Цвета, зовущие к жизни

Необходимо актуализировать информацию о диабете, факторах риска, способствующих его развитию, и искать новые пути лечения и профилактики болезни, – об этом говорили на встрече, приуроченной к десятилетию Всемирного дня диабета, состоявшейся в Москве. Мероприятие было организовано компанией Ново Нордиск и ООИ «Российская диабетическая ассоциация» при поддержке правительства Калужской области при Правительстве России и посольства Королевства Дания в России. В нём приняли участие представители федеральных, а также региональных органов власти, профильных ассоциаций, специалисты здравоохранения и ведущие эксперты по данной теме.

Открыл мероприятие заместитель губернатора Калужской области Владимир Потёмкин: «Цвета диабета удивительно жизненные: голубой с белым говорят не столько о болезни, сколько о том, что человек должен жить. Мы очень рады принять гостей в представительстве Калужской области в Москве, так как именно на территории нашей области находится инновационный фармацевтический кластер и завод Ново Нордиск по производству современных инсулинов. Компания в тесном сотрудничестве с правительством Калужской обла-

Итоги и прогнозы

Под сенью голубого круга

14 ноября отмечался Всемирный день диабета



Слева направо: А.Майоров, И.Слуцкая, Х.Дюиф, В.Потёмкин

сти активно участвует в развитии инновационного фармацевтического производства, в том числе в части контроля качества, обучения персонала и установления высоких экологических стандартов, внося тем самым вклад в развитие региона и страны».

Лео Бокерия, президент Общероссийской общественной организации «Лига здоровья нации», передал торжественное приветствие, в котором особое внимание уделил проблеме высокой смертности от неинфекционных заболеваний и диабету в частности, а также необходимости многостороннего взаимодействия государственных и социальных структур для борьбы с этим заболеванием.

Заместитель главы Датской Дипломатической миссии в РФ Хенрик Винтер, поздравил присутствующих с десятой годовщиной Всемирного дня диабета и отметил важность инновационных разработок в области борьбы с этим заболеванием. Особое внимание он уделил сотрудничеству и укреплению деловых отношений между Данией и Россией в рамках распространения передовых практик в лечении диабета.

Высокая награда

Одним из главных спикеров на встрече выступил президент Российской диабетической ассоциации профессор Александр Майоров, который отметил, что «Всемирный день диабета отмечается в день рождения канадского врача и физиолога Фредерика Бантинга, сыгравшего решающую роль в открытии в 1921 г. инсулина – революционного лекарства, спасшего жизни миллионов. В то же время, по данным Международной диабетической федерации, от диабета сейчас умирает больше людей, чем от трёх самых распространённых инфекционных

заболеваний в мире: малярии, туберкулёза, СПИДа.

Российская диабетическая ассоциация помогает больным диабетом уже 27 лет, имея 55 региональных и местных отделений. Одной из инициатив организации является помощь в получении российскими пациентами международной медали Джослина «За 50 мужественных лет с диабетом».

Медаль Джослина – единственная в своём роде награда. Идея её учреждения принадлежит американскому эндокринологу Эллиоту Джослину. Первоначально медаль называлась «Victory» и вручалась людям, прожившим с инсулинозависимым СД 25 лет. Медаль

медаль Джослина: современные достижения в области эндокринологии и диabetологии, разработка инсулинов последнего поколения и новейших средств контроля позволяют управлять заболеванием гораздо успешнее. Сегодня есть медали за 50, 75 и даже 80 лет жизни с диабетом. Обладателями этой награды стали более 4 тыс. человек в самых разных странах мира. В России и странах СНГ с 2010 г. ею награждены 49 человек.

Спикером мероприятия также стала многократная чемпионка мира, депутат Московской областной думы, председатель президиума Добровольного физкультурного

Что говорят цифры и факты

- Число людей с диабетом возросло с 246 млн в 2007 г. до 425 млн в 2017 г.
- Распространённость диабета возрастает быстрее в странах со средним и низким уровнем дохода.
- Диабет является одной из основных причин слепоты, почечной недостаточности, инфарктов, инсультов и ампутаций нижних конечностей.
- Почти половина всех случаев смерти, обусловленных высоким содержанием глюкозы в крови, происходит в возрасте до 70 лет.
- По прогнозам ВОЗ, диабет будет занимать седьмое место среди причин смертности в 2030 г.
- Здоровое питание, регулярная физическая активность, поддержание здорового веса тела, воздержание от употребления табака могут сократить риск возникновения диабета или отсрочить его возникновение.
- Диабет можно лечить, а его осложнения предотвращать или отсрочивать с помощью диеты, физической активности, медикаментов и регулярной проверки и лечения осложнений.

«За 50 мужественных лет с диабетом» была учреждена в 1970 г. На её лицевой стороне написано: «Триумф человека и медицины», и это отражает важнейший принцип диabetологии, рассматривающий врача и пациента как партнёров в деле борьбы с этим тяжёлым заболеванием.

В наше время у людей с диабетом есть гораздо больше возможностей для того, чтобы получить

союз Ирины Слуцкой, которая в ходе своего выступления подчеркнула важность физической активности для больных диабетом как одного из факторов борьбы с лишним весом, являющегося, в свою очередь, предпосылкой для развития диабета и его осложнений. Она пригласила всех желающих присоединиться к акции «Жить, побеждая диабет!», направленной на профилактику сахарного

диабета и пропаганду здорового образа жизни.

Мероприятия акции, включающие «круглые столы» для профессионалов и мастер-классы по скандинавской ходьбе для людей с диабетом, уже прошли в Московской, Свердловской, Волгоградской, Вологодской областях – всего в 17 регионах. Следующим этапом станет создание школ скандинавской ходьбы. В этом году первые 10 таких школ для взрослых и детей с диабетом были открыты в Московской области. Этой идеей уже заинтересовались и в других регионах страны.

Фокус – на качество

Заключительным стало выступление вице-президента компании Ново Нордиск в России и Беларуси Ханса Дюифа: «Компания Ново Нордиск была основана в 1923 г. вскоре после открытия инсулина, чтобы сделать этот жизненно важный препарат доступным для людей с диабетом. С тех пор лечение диабета остаётся главным направлением деятельности компании, которая сегодня является мировым лидером в этой области. Уже в 1924 г. наш инсулин был рекомендован российским пациентам, и в течение последующих 90 лет мы не раз доказывали приверженность России».

Мы гордимся тем, что сегодня находимся в представительстве Калужской области в Москве – в 2010 г. компания приступила к строительству завода в Калуге, чтобы гарантировать доступность самых современных препаратов для людей с диабетом в России.

Ключевым вкладом компании Ново Нордиск в борьбу с диабетом является разработка и производство новых, улучшенных лекарств, которые помогают сохранить высокое качество жизни людей с этим недугом, но мы понимаем, что медицинские препараты – лишь один из элементов борьбы с этим тяжёлым заболеванием. Поэтому мы рады тому, что сегодня здесь с нами врачи, пациенты и представители правительства, а также другие партнёры, с которыми мы совместно участвуем в проектах по повышению осведомлённости и изменению жизни людей с диабетом к лучшему».

Отметим, что завод Ново Нордиск в Калужской области – первое производство современных инсулинов в России, построенное с «нулевого цикла». Все стадии фармацевтического производства осуществляются в соответствии с требованиями стандарта GMP. В проекте реализованы передовые энергосберегающие технологии.

Его создание стало одной из самых крупных инвестиций компании в локальное производство: общий объём вложений в этот проект составил более 8 млрд руб. Сегодня завод производит весь спектр современных инсулинов и обеспечивает необходимый объём поставок для своих пациентов в России.

Ирина АНДРЕЕВА.

Статья подготовлена при поддержке компании Ново Нордиск.

Одним из именитых гостей XXVII Национального конгресса по болезням органов дыхания стал Лука Рикельди – профессор медицины и руководитель пульмонологического центра клиники в Риме. Его выступления собирают полные залы и конспектируются всеми участниками, а каждый слайд его презентации фотографируют.

Особое внимание привлёк симпозиум «Что даёт ранняя диагностика и начало терапии пациентам с идиопатическим лёгочным фиброзом (ИЛФ)?» с участием Л.Рикельди. После него мы попросили известного учёного дать небольшой комментарий для нашей газеты.

– Господин Рикельди, почему сегодня проблеме идиопатического лёгочного фиброза уделяется так много внимания?

– Остро стоят абсолютно все вопросы, связанные с респираторными заболеваниями. Факторы, способствующие их росту, постоянно усугубляются. Так, продолжается глобальное загрязнение окружающей среды, которое считается одной из важнейших причин летальности в мировом масштабе. Не уменьшается количество курильщиков. Во многих странах не улучшаются социально-экономические условия, что тоже относится к значимым факторам риска.

И ещё один важный момент: население планеты стареет, в связи с этим оно априори не может быть абсолютно здоровым.

Таким образом, повышается количество различных дегенеративных лёгочных изменений, неинфекционных по своей природе. Одним из них является фиброз лёгких.

Возможно, это не очень широко известно, но если мы последовательно будем оценивать результаты аутопсий (вскрытий) и посмотрим, каков был механизм, отвечающий за смерть ткани, то в 45% случаев это будет фиброз печени, лёгких, почек, сердца, мозга и т.п. То есть фиброз отвечает за половину всей летальности, которую мы имеем! И ему надо уделять такое же пристальное внимание, как онкологическим, сердечно-сосудистым, вирусным и инфекционным заболеваниям.

– Почему тема ИЛФ стала широко обсуждаться только в последние годы?



Л.Рикельди

Авторитетное мнение

От стетоскопа — к инновациям

Важны и традиции, и современные методики

– Дело в том, что у нас до недавнего времени не было препаратов для лечения этого заболевания. Вообще никаких! Соответственно, его и не диагностировали: не особенно знали как, да и зачем? Если лечить нечем...

– А как сейчас обстоит дело с диагностикой?

– Должен сказать, что это заболевание, несмотря на его высокую летальность, не слишком распространено. Таких пациентов в мире около 3 млн. Поэтому до сих пор очень часто происходит губительная для пациента отсрочка в постановке диагноза. Высокая летальность связана именно с задержкой в оказании помощи.

На семинаре я приводил данные, как можно повлиять на ситуацию. Несколько лет назад Британский королевский фонд по ИЛФ опубликовал рекомендации по диагностике пациентов с подозрением на данное заболевание. После чего за 2 года (с 2010 по 2012 г.) в стране выявляемость ИЛФ выросла на 30%. Это свидетельство зрелости профессиона-

льного уровня врачей, которые благодаря новым рекомендациям стали понимать, что нужно делать.

Таким образом, информированность – тот путь, по которому нужно идти.

Важно, чтобы о заболевании знала общественность, представители руководящих органов и госструктур, от которых зависит оказание помощи таким пациентам. Но во главе угла должно стоять образование врачей, в первую очередь радиологов. Если они не распознают ИЛФ, то диагноз не будет поставлен.

– В процессе диагностики можно перепутать хроническую обструктивную болезнь лёгких (ХОБЛ) с ИЛФ? В чём разница?

– Да. Это возможно. Часть пациентов, которым поставлен диагноз «хроническая обструктивная болезнь лёгких», – на самом деле люди с идиопатическим лёгочным фиброзом. При этом 30-40% пациентов с ИЛФ имеют ХОБЛ, поскольку являются курильщиками со стажем.

Несмотря на то, что внешние проявления во многом схожи: кашель, одышка и т.п., разница между этими заболеваниями огромна. Прежде всего потому, что от ХОБЛ не умирают. Такие пациенты чаще умирают от сердечно-сосудистых заболеваний (инфаркт миокарда, инсульт) и множества других причин. Ведь ХОБЛ длится многие годы, это хроническое заболевание. А каждый пациент с ИЛФ погибает от ИЛФ.

– Как их можно различить?

– Сразу отмечу: измерение функции внешнего дыхания – неинформативно. Оно хорошо для мониторинга течения заболевания, но не для диагностики.

Рентген тоже неинформативен. Вы удивитесь, но действенным инструментом ранней диагностики является хорошо известный старый метод – аускультация.

Изобретённый почти 200 лет назад стетоскоп – один из лучших инструментов диагностики респираторных заболеваний, и владеть им непросто. Современные молодые врачи говорят: зачем выслушивать стетоскопом, если я могу заказать компьютерную томографию (КТ)? Тем не менее без аускультации не обойтись. Это дешево, безопасно. И можно сделать в любом месте: у постели пациента или во время его визита в поликлинику – да где угодно.

Если мы понимаем, что у пациента есть определённый риск ИЛФ, мы должны непременно направить его на КТ, причём высокого разрешения. Без этого поставить диагноз невозможно.

Кроме того, сейчас мы уже знаем, что это генно-ассоциированное заболевание. Риск ИЛФ при генетических нарушениях составляет примерно 30%. Соответственно, не будет лишним провести и генетический скрининг.

Таким образом, для диагностики нам необходимы три вещи: аускультация лёгких, КТ высокого разрешения и в случае семейного анамнеза генетический скрининг. Я уверен: будущее – за комбинацией всех этих методов.

Скажу больше: уже есть технологии, которые дадут возможность пациентам проводить самоаускультацию и получать её электронную запись.

– Каковы же перспективы лечения?

– До недавнего времени единственным действенным методом

лечения была трансплантация лёгкого, возможная всего у 5% пациентов, причём исход трансплантации при ИЛФ менее благоприятный, чем при других показаниях.

Новая антифибротическая терапия позволяет продлить жизнь пациентов до 6-9 лет. Но, к сожалению, текущие варианты терапии только снижают скорость развития заболевания. Они не останавливают его, не прекращают, не обращают его вспять.

Восстановить утраченную лёгочную функцию практически невозможно. Поэтому благодаря ранней терапии мы сможем затормозить прогрессирование, которое, к сожалению, неизбежно. Это, естественно, способствует увеличению продолжительности жизни и, безусловно, меняет качество жизни в лучшую сторону. Оба этих момента очень важны для каждого человека!

– Господин Рикельди, вы являетесь почётным консультантом в Университетской больнице Саутгемптона, работали директором Центра редких заболеваний лёгких в Италии, в Университете Модены. Какова схема оказания помощи пациентам с ИЛФ в европейских странах?

– Важно понимать, что этих пациентов не так много, однако их влияние на общество огромно. Как правило, когда ставится диагноз, человек ещё в трудоспособном возрасте, но очень скоро на членов семьи ложится бремя заботы о нём.

Таким образом, государство несёт значительные экономические потери. Поэтому во многих странах весомая часть расходов системы здравоохранения направляется на редкие заболевания. Лечение таких пациентов финансируется государством, они включены в списки дополнительной бюджетной поддержки. В некоторых странах программа исследования пациентов предусматривает использование биомаркёров.

Идиопатический лёгочный фиброз входит в число редких, но, к сожалению, «метких», имеющих крайне неблагоприятный прогноз, заболеваний. Его нужно и дальше исследовать, учиться диагностировать на ранних стадиях и лечить.

Беседу вела
Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Москва.

Проблемы и решения

Вопросы оказания медицинской помощи пациентам с редкими пульмонологическими заболеваниями, в частности с муковисцидозом, рассмотрены на заседании «круглого стола» в Общественной палате РФ.

Участников дискуссии, состоявшейся в канун Европейского дня муковисцидоза, который отмечается 21 ноября, волновал вопрос, как улучшить жизнь пациентов с этим генетическим заболеванием. Сейчас в России более 3 тыс. человек живут с таким диагнозом, из них около тысячи детей.

Казалось бы, муковисцидоз включён в стартовавшую ещё в 2008 г. Государственную программу «Семь нозологий», то есть пациенты с таким диагнозом являются федеральными льготниками и, как предполагается, получают основной лекарственный препарат централизованно. Но лечение таких больных требует не одного, а нескольких препаратов, ответственность за предоставление которых лежит на плечах уже региональных минздравов и других органов здравоохранения –

Муковисцидоз ставит задачу

и здесь как раз кроются проблемы. На этом акцентировала внимание собравшихся за «круглым столом» первый заместитель председателя Комиссии Общественной палаты РФ по социальной политике, трудовым отношениям, взаимодействию с профсоюзами и поддержке ветеранов Екатерина Курбангалеева.

Таким образом, муковисцидоз, сделала она вывод, находится в «пропасти» между федеральной и региональной компетенциями. К тому же антибиотики, которые должны поставяться от региона, в 2-3 раза дороже, чем основной препарат, а нужны они постоянно.

Е.Курбангалеева напомнила, что в стране действует программа массового скрининга: новорождённые проверяются прямо в роддоме, потому что муковисцидоз нужно сразу «подхватывать»: заболевание это полиорганное и лечится сразу большим количеством препаратов.

Кроме того, оно прогрессирует, и ещё недавно средний возраст дожития таких больных составлял всего 18 лет. Сегодня благодаря раннему скринингу и своевременному лечению этот срок для современных детей участники обсуждения предложили увеличить до 52 лет, ведь такие люди живут без явных поражений физического и иного здоровья, это нормальные члены общества.

Ещё одна проблема в том, что если больной муковисцидозом нуждается в госпитализации (например, началось воспаление дыхательных путей), то в лечебном учреждении ему нельзя ни с кем пересекаться, и необходимо размещать его в отдельном боксе. Е.Курбангалеева напомнила в связи с этим об истории в Кемерово, которой она сейчас занимается: 21 ребёнок там заражён сепатией, и эта инфекция губительна для детей с муковисцидозом.

Член Общественной палаты РФ напомнила и о том, что инвалид-

ность по данному неизлечимому заболеванию должна ставиться один раз и до 18 лет сразу без ежегодного прохождения экспертизы, во время которой эти хрупкие дети вновь и вновь подхватывают инфекции и снова ложатся на госпитализацию, где их поджидают новые угрозы жизни. «Нужно целевое решение для таких заболеваний», – настаивает Е.Курбангалеева.

– После того как я подняла тему по Кемерово, были уволены люди, прокуратура выявила нарушения, была создана рабочая группа при Минздраве под руководством главного генетика страны. Мы будем рекомендовать рабочей группе пересмотреть СанПиНы, касающиеся госпитализации, а также саму систему оказания медицинской помощи с акцентом на амбулаторную помощь; классификацию заболеваний с выделением отдельных групп под такого рода заболеваниями. Также рекомендуем провести большое

системное исследование врачевским сообществом, чтобы понять конкретные проблемы этой весьма узкой нозологии – зато она сможет, как лакмусовая бумажка, выявить слабые места.

Уровень доступности для пациентов бесплатных препаратов базисной терапии муковисцидоза традиционно более-менее благополучен в Москве, Московской области и Санкт-Петербурге. Остальные регионы – в плачевном состоянии. Иногда на то, чтобы добиться получения лекарства, уходит до 1,5 лет. Антибиотики, гормональные препараты, гепатопротекторы, бронхолитики и особые витамины получают менее трети больных, 60% пациентов покупают таблетированные антибиотики самостоятельно, 30% сами обеспечивают себя гормональными препаратами.

Константин ШАРЬИН.

МИА Сито!

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 88 (2118)

(Окончание. Начало в № 90 от 29.11.2017.)

Радиоизотопная реносцинтиграфия: при рецидивирующем пиелонефрите – функциональные размеры почек нормальные или могут уменьшаться; снижено накопление радиоизотопа, секреторная и экскреторная фазы ренографических кривых удлинены.

Обзорная рентгеноурография – увеличение или уменьшение одной из почек, бугристость контуров, наличие/отсутствие теней конкрементов.

Экскреторная урография проводится у небеременных при подозрении на конкременты в неактивную фазу пиелонефрита, в активную фазу – только по жизненным показаниям при необходимости урологического вмешательства:

- при ОП – позднее контрастирование, снижение интенсивности контрастирования, замедление выведения контраста;
- при рецидивирующем пиелонефрите – деформация и расширение чашечно-лоханочной системы, бугристость контуров почки, асимметрия размеров и контуров;
- метод противопоказан при ОПН и ХБП IV-V стадий.

Магнитно-резонансная томография проводится при подозрении на абсцесс, опухоль или гематому, а также при осложнениях с урологическими вмешательствами (обструкция или конкремент), когда данные предшествующего УЗИ оказались неинформативными.

Цистоуретрография проводится для уточнения причины обструкции при подозрении на органические заболевания мочеточников и мочевого пузыря (уточнение размеров, локализации, характера образования и разработки дальнейшей тактики ведения пациента).

Дифференциальный диагноз

Артериальная гипертензия и тахикардия наряду с лихорадкой и рвотой свойственны пиелонефриту, но могут возникать и при других инфекционных и неинфекционных заболеваниях.

При цистите, как правило, не отмечают напряжения в крестовертбральном углу, типичного для пиелонефрита. Пальпация в надлобковой области обычно безболезненна или несколько болезненна при цистите, напряжение мышц говорит об абдоминальном или пельвикальном процессе, давление в мочевом пузыре или подтекание мочи вне катетера – об обструкции мочевого пузыря.

При **вагините, цервиците, сальпингите, урогенитальном герпесе** на момент осмотра или в анамнезе – выделения из половых путей, жалобы на дизурические явления при обычной частоте мочеиспускания, возможен новый сексуальный партнёр или половой акт без предохранения, рецидивы генитального герпеса, постепенное начало симптомов. Дизурия может возникать из-за раздражения воспалённой слизистой оболочки вульвы. Женщины сами могут различать внутреннюю (ИМП-ассоциированную) и внешнюю (вульвовагинальную) дизурию. При влагалищном обследовании можно обнаружить эритему, язвы, бели, признаки выпота в малом тазу, болезненность придатков; при исследовании отделяемого из влагалища – бактерии, грибы рода *Candida*, трихомонады. При необходимости проводится исследование отделяемого вульвовагинальных язв на вирусы, тест на *Chlamydia*, *N.gonorrhoeae* и/или *Ureaplasma urealiticum*. При микроскопии из цервикального канала, как правило, выявляют полиморфоядерные лейкоциты (иногда – грамотрицательные диплококки); в моче – лейкоциты без бактерий; посев мочи на стерильность отрицательный.

Для **специфического уретрита** характерны: указание в анамнезе на нового сексуального партнёра, незащищённый половой акт, постепенное начало (*Chlamydia*), рецидивы уретрита у одного из партнёров, выделения из влагалища, может быть дизурия. Положительные тесты на специфическую инфекцию и отрицательное бактериологическое исследование мочи.

Рак мочевого пузыря проявляется гематурией, болью в надлобковой области, возможны дизурия и затруднения мочеиспускания, ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря и остаточной мочи.

При **туберкулёзе мочевой системы** выявляют асептическую пиурию, эритроцитурию, микобактерии туберкулёза в моче (бактериологическое исследование, исследование мочи методом ПЦР); кальцинаты, грубую деформацию мочевых путей, каверны в почках; симптом «маргаритки» – деформация чашечно-лоханочной системы с изъеденностью форникса чашечек и выпрямлением лоханочно-мочеточникового угла, напоминающие цветок маргаритку; симптом «натянутой струны» – контрастированный мочеточник не имеет физиологических изгибов, выпрямлен и на-

поминает натянутый между почкой и мочевым пузырём шнурок; симптом «чёткообразного» мочеточника – контрастированный просвет мочеточника деформирован и напоминает чётки. Данные деформации обусловлены кальцификацией и грубым рубцеванием слизистого и подслизистого слоёв чашечно-лоханочной системы. При проведении цистоскопии могут быть выявлены белесоватые высыпания на слизистой мочевого пузыря.

Терапия в амбулаторных условиях

- Цели лечения**
- клиничко-лабораторное и микробиологи-

ческое выздоровление (с достижением абактериурии) при острой НИМП

- клиничко-лабораторное выздоровление без абактериурии при осложнённой ИМП, у пациентов с сахарным диабетом, обструкцией мочевых путей
- профилактика осложнений
- предотвращение и снижение числа рецидивов ИМП.

Немедикаментозная терапия

Нелекарственные методы неэффективны в лечении ИМПС, хотя общеизвестные из них (увеличение приёма жидкости, сок клюквы ^{1b,c}, иглоукальвание ^{1.B}) не приносят вреда.

Медикаментозная терапия

Антибактериальная терапия в отличие от других видов медикаментозного лечения является основным методом лечения ИМП и направлена на специфическое, подавляющее действие против основных её возбудителей. Решающую роль в результатах лечения ИМП играет эмпирическая терапия – терапия до получения микробиологических данных у конкретного пациента. При НИМП эмпирическая антимикробная терапия назначается сразу

после установления диагноза (если планируется посев мочи, то терапия назначается после посева), при осложнённой ИМП терапия должна начинаться только после устранения обструкции мочевыводящих путей (опасность бактериотоксического шока при массивной гибели микроорганизмов и выделения токсинов в условиях обструкции).

Выбор стартовой эмпирической терапии определяется на основе данных микробиологических (региональные и/или национальные) исследований спектра возбудителей ИМП и уровня их чувствительности и резистентности к антимикробным препаратам.

При выборе эмпирического антимикробного препарата, помимо данных региональных микробиологических исследований, необходимо учитывать следующие факторы ^Б:

- беременность и кормление грудью;
- другие принимаемые лекарственные препараты (совместимость);
- аллергологический анамнез;
- предшествующее лечение антибиотиками (для рационального выбора эмпирического антибактериального препарата);

Инфекции мочевыводящих путей у детей, взрослых, беременных: цистит, пиелонефрит, бессимптомная бактериурия

Клинические рекомендации для врачей общей практики

Эмпирическая антибактериальная терапия ОЦ

Антимикробный препарат (МНН)	Доза (мг)/ кратность приёма	Длительность терапии	УД	СР
Фосфомидина трометамол	3 г однократно	1 день	1a	A
Фуразидина калиевая соль с карбонатом магния	100 мг 3 раза в день	5 дней		
Нитрофурантоин	50 мг 3 раза в день	7 дней	1a	A
Макрокристаллы нитрофурантоина	100 мг 2 раза в день	5-7 дней	1a	A
Ципрофлоксацин	250 мг 2 раза в день	3 дня	1b	B
Левифлоксацин	250 мг 1 раз в день	3 дня	1b	B
Норфлоксацин	400 мг 2 раза в день	3 дня	1b	B
Офлоксацин	200 мг 2 раза в день	3 дня	1b	B
Амоксициллин/ клавулановая кислота	500 мг/125 мг 3 раза в день	5 дней		
Цефуроксима аксетил	250 мг 2 раза в день	5 дней		
Цефподоксим	100 мг 2 раза в день	5 дней		
Цефтибутен	400 мг 1 раз в день	5 дней		
Цефиксим	400 мг 1 раз в день	5 дней		

Эмпирическая антибактериальная терапия неосложнённого ОП

Антимикробный препарат (МНН)	Доза (мг)/ кратность приёма	Длительность терапии	УД	СР
Препараты выбора				
Ципрофлоксацин	500 мг 2 раза в день	7-10 дней	1b	A
Ципрофлоксацин*	1000 мг 1 раз в день	5 дней	1b	
Левифлоксацин	500 мг 1 раз в день	7-10 дней	1b	A
Левифлоксацин*	750 мг 1 раз в день	5 дней	1b	B
Норфлоксацин	400 мг 2 раза в день	7-10 дней	1b	A
Офлоксацин	200 мг 2 раза в день	7-10 дней	1b	A
Альтернативные препараты**				
Цефуроксима аксетил	250 мг 2 раза в день	10-14 дней		
Цефподоксим	100 мг 2 раза в день	10-14 дней	1b	B
Цефтибутен	400 мг 1 раз в день	10-14 дней	1b	B
Цефиксим	400 мг 1 раз в день	10-14 дней		
Амоксициллин/клавулановая кислота***	500 мг/125 мг 3 раза в день	10-14 дней	4	B
Триметоприм/сульфаметоксазол****	160 мг/800 мг 2 раза в день	10-14 дней	1b	B

*при повышении дозы возможно сокращение длительности лечения до 5 дней

**клиническая, но не микробиологическая эффективность по сравнению с фторхинолонами

***не рекомендуется как препарат выбора для эмпирической антибактериальной терапии ОП, но может применяться после подтверждения чувствительности грамположительной микрофлоры ^{4,C}, не исследовался в монотерапии неосложнённого ОП

****не применяется для эмпирической терапии, однако может применяться после подтверждения чувствительности микроорганизмов

- перенесённые недавние инфекции (приём антибиотиков);
- недавнее путешествие (возможность заражения резистентным микробом);
- контакт с человеком, принимающим антибиотики (возможность заражения резистентным микробом);
- выявление в прошлом ББУ (у женщин).

Лечение внебольничной ИМП проводят в амбулаторных условиях антибактериальными препаратами для приёма внутрь до выздоровления. При неосложнённом ОП лёгкой и средней степени достаточно назначения пероральной терапии в течение 10-14 дней (IDSA, 1999) ^{1b,B}. Пациентам с ОП тяжёлой степени при невозможности получать пероральные препараты (тошнота, рвота) назначается «ступенчатая» терапия: начальное парентеральное введение препарата с последующим переводом после улучшения состояния на пероральный приём ^{1b,B}.

Антибактериальная терапия неосложнённой ИМП у детей

Лечение неосложнённой ИМП у детей направлено на:

- устранение симптомов заболевания и эрадикацию возбудителя;
- профилактику склеротических изменений в почках;
- профилактику рецидивов ИМП;
- коррекцию сопутствующих урологических нарушений.

Длительность антибактериальной терапии неосложнённой ИМП у детей должна составлять не менее 5-7 дней ^{1b}. Однократное назначение парентерального препарата при неосложнённой ИМП возможно лишь в случае сомнительной комплаентности и отсутствии аномалий развития мочевых путей ^{2a}. При отсутствии ответа на терапию и развитии осложнений ребёнок переводится на стационарное лечение.

Показания к консультации специалистов

Гинеколог – при подозрении на гинекологические заболевания, ИППП.

Уролог – при обструкции мочевых путей (решение вопроса об оперативном лечении) и нарушениях уродинамики (решение вопроса об инструментальной коррекции), осложнённых гнойных ИМП, мочекаменной болезни, заболеваниях мужских половых органов, подозрении на новообразования.

Нефролог – уточнение диагноза, полирезистентный микроорганизм или отсутствие эффекта от антимикробной терапии, рецидивирующие ИМП, ИМП у беременных, решение вопроса о госпитализации.

Дерматовенеролог – при подозрении на ИППП.

Инфекционист – при подозрении на другие инфекции.

Фтизиатр-уролог – при подозрении на лептоспироз, туберкулёз мочевой системы, исключение туберкулёза при отсутствии эффекта от антибактериального лечения.

Хирург – подозрение на хирургическую патологию (калькулёзный холецистит, острый

Эмпирическая антибактериальная терапия ИМП у беременных

Антимикробный препарат (МНН)	Доза (мг)/ кратность приёма	Длительность терапии	Комментарий
ББУ* и ОЦ			
Фосфомицина трометамол	3 г однократно	1 день	
Нитрофурантоин	50 мг 3 раза в день	7 дней	Не применять при не- достаточности глюкозо- 6-фосфатдегидрогеназы
Цефуроксима аксетил	250 мг 2 раза в день	7 дней	
Цефтибутен	400 мг 1 раз в день	7 дней	
Цефиксим	400 мг 1 раз в день	7 дней	
Амоксициллин/ клавулановая кислота	500 мг/125 мг 3 раза в день	7 дней	Повышается распространённость резистентных штаммов
Триметоприм/ сульфаметоксазол	160 мг/800 мг 2 раза в день	3-5 дней	Триметоприм не применяется в первом триместре; сульфаметок- сазол – в третьем триместре беременности
Неосложнённый внебольничный ОП			
Цефуроксима аксетил	500 мг 2 раза в день	10-14 дней	
Цефтибутен	400 мг 1 раз в день	10-14 дней	
Цефиксим	400 мг 1 раз в день	10-14 дней	
Амоксициллин/ клавулановая кис- лота	500 мг/125 мг 3 раза в день	10-14 дней	Повышается распро- странённость резистентных штаммов

*выбор антимикробного препарата, как правило, основывается на результатах микробиологи- ческого исследования мочи и чувствительности уропатогена

Антимикробный препарат (МНН)	Доза (мг)/ кратность приёма	Длительность терапии
Препараты выбора		
Амоксициллин/клавулановая кислота	375 мг/125 мг 3 раза в день	10-14 дней
Амоксициллин/клавулановая кислота	в/м 500 мг/125 мг 3-4 раза в день, затем внутрь по 500 мг/125 мг 2 раза в день	1-3 дня 6-8 дней
Цефиксим	3-9 мг/кг 2-3 раза в день	7-10 дней
Цефуроксим	в/в или в/м 30-100 мг/кг 2-3 раза в сутки, затем внутрь 30 мг/кг 2-3 раза в день	1-2 дня 6-8 дней
Альтернативные препараты		
Азтреонам	в/в 30 мг/кг 3-4 раза в сутки	7-14 дней
Гентамицин	в/м 6-7,5 мг/кг 1 раз в сутки	7-14 дней

аппендицит, дивертикулит, острый панкре- атит).

Эндокринолог – рецидивирующие ИМП при некомпенсированном сахарном диабете.

Оториноларинголог, стоматолог – выявление очаговой инфекции.

Показания к госпитализации

- осложнённые ИМП ^{4,В}
- обструкция мочевых путей
- невозможность исключить осложняющие факторы доступными инструментальными методами
- необходимость проведения паренте- ральной антимикробной терапии (например, большие ОП тяжёлой степени, которые не могут получать пероральные препараты из- за системных симптомов, таких как тошнота и рвота)
- невозможность лечения в амбулаторных условиях
- тяжёлое и осложнённое течение ИМП у беременных
- недостаточность/отсутствие контакта с пациентом.

Наблюдение за пациентом после ле- чения

Рутинное выполнение общего анализа мочи или микробиологическое исследование мочи у бессимптомных пациентов после пере- несённого ОЦ не показано ^{2b,В}. У женщин с рецидивирующими симптомами следует про- вести бактериологическое исследование мочи с определением чувствительности уропатогена к антибактериальным препаратам ^{4,В}, поскольку в данной ситуации не исключается резистент- ность уропатогена к применяемому препарату.

Исследование общего и/или микробио- логического анализа мочи у бессимптомных пациентов после перенесённого неосложнённого ОП также не показано ^{4,С}. У беременных женщин после терапии ББУ или симптомной ИМП следует выполнять микробиологическое исследование мочи ^{4,А}.

Профилактика

Первичная профилактика. Общие реко- мендации (эффективность в рандомизирован-

ных клинических исследованиях не доказана):

- увеличение суточного диуреза – упо- требление некалорийной жидкости более 2 л/сутки;
- своевременное опорожнение мочевого пузыря;
- соблюдение правил личной гигиены;
- исключение переохлаждений;
- коррекция нарушений уродинамики;
- по возможности избегать катетеризаций мочевого пузыря;
- адекватное лечение сахарного диабета;
- исключение частого приёма нестероидных противовоспалительных препаратов;
- устранение очаговой инфекции.

Вторичная профилактика направлена на предупреждение рецидивов или новой симп- томной ИМП.

Рецидив – развитие симптомной ИМП в течение 3 месяцев после выздоровления.

Реинфекция – новая ИМП (de novo), воз- никшая спустя 3 месяца после предыдущей инфекции и, как правило, вызванная новым штаммом возбудителя ИМП.

Антибактериальная профилактика рециди- вирующих ИМП применяется только после консультирования специалистом и попыток поведенческих изменений ^{4,А}. До начала про- филактической антибактериальной терапии следует выполнить бактериологическое иссле- дование мочи через 1-2 недели после лечения предшествующей ИМП для подтверждения достижения эрадикации возбудителя ^{4,А}.

У женщин с рецидивирующим неослож- нённым ОЦ возможно постоянное или пост- коитальное применение антибактериального препарата в низких (субингибирующих) дозах ^{1a,А}, выбор препарата определяется по результатам чувствительности уропатогена, вызвавшего ИМП. В таких случаях всегда су- ществует вероятность селекции резистентных штаммов микроорганизмов.

При чёткой связи рецидива ИМП у женщин с половым актом возможно обучение пациента самодиагностике и самолечению короткими курсами антибактериальной терапии ^{2b,А}. Посткоитальная профилактика может при- меняться для снижения риска развития ИМП

Режимы длительной антибактериальной профилактики при рецидивирующей ИМП

Антимикробный препарат (МНН)	Доза (мг)/ кратность приёма	Число рецидивов в год
Триметоприм/ сульфаметоксазол*	40 мг/200 мг 1 раз в день	0-0,2
Триметоприм/ сульфаметоксазол*	40 мг/200 мг 3 раза в неделю	0,1
Нитрофурантоин	50 мг 1 раз в день	0-0,6
Нитрофурантоин	100 мг 1 раз в день	0-0,7
Фуразидин калиевая соль	50 мг 1 раз в день	
Цефалексин	125 мг 1 раз в день	0,1
Цефалексин	250 мг 1 раз в день	0,2
Цефиксим	200 мг 1 раз в день	
Норфлоксацин	200 мг 1 раз в день	0,0
Ципрофлоксацин	125 мг 1 раз в день	0,0
Фосфомицина трометамол	3 г каждые 10 дней	0,14

*может отмечаться высокая частота рецидивов в связи с устойчивостью микроорганизмов

Режимы посткоитальной антибактериальной профилактики при рецидивирующей ИМП

Антимикробный препарат (МНН)	Доза (мг)	Число рециди- вов в год
Триметоприм/сульфаметоксазол*	40 мг/200 мг	0,3
Триметоприм/сульфаметоксазол*	80 мг/400 мг	0,0
Нитрофурантоин	50 мг	0,1
Нитрофурантоин	100 мг	0,1
Фуразидин калиевая соль	50 мг	
Цефалексин	125 мг	0,03
Цефалексин	250 мг	0,2
Цефиксим	200 мг	
Норфлоксацин	200 мг	0,0
Ципрофлоксацин	125 мг	0,0
Офлоксацин	100 мг	0,06

у беременных женщин, имеющих в анамнезе до беременности частые ИМП ^{2b,В}.

Профилактика иммуноактивными пре- паратами

В рандомизированных исследованиях была показана эффективность препарата ОМ-89 ^{1a,В} (Уро-Ваксом – лиофилизат 18 штаммов уропатогенной E.coli) по сравнению с плацебо: снижение числа рецидивов ОЦ у женщин до 65%. Препарат активирует специ- фический и неспецифический иммунитет. В остром периоде ИМП возможно назначе- ние ОМ-89 по 6 мг 1 раз в сутки на 10 дней в дополнение к антимикробному препарату. С целью профилактики ОМ-89 назначается по 6 мг (1 капсула) 1 раз в сутки до 3 месяцев.

Профилактика клюквенным морсом

Несмотря на отсутствие точных фармако- логических данных и небольшое число иссле- дований, имеются доказательства, подтверж- дающие эффективность применения клюквы (Vaccinium macrocarpon) в снижении числа рецидивов цистита у женщин в течение 12 месяцев по сравнению с плацебо ^{1b,С}. С целью профилактики рекомендован ежедневный при- ём клюквы в количестве, содержащем 36 мг ^{1b,С} проантоцианидина А (активное вещество, пре- пятствующее адгезии E.coli к уроэпителию за счёт блокады бактериальных фимбрий Р-типа).

Профилактика пробиотиками

В настоящее время нет универсального пробиотика, клиническая эффективность которого в плане профилактики ИМП была бы подтверждена. С этой целью у женщин могут быть рекомендованы к использованию интравагинальные пробиотики с содержанием только специфически протестированных штам- мов лактобактерий: Lactobacillus rhamnosus GR- 1 и Lactobacillus reuteri RC- 14^{4,С}. Возможно использовать ежедневный приём пероральных препаратов с содержанием штаммов GR-1 и RC-14 для восстановления естественной лактобациллярной микрофлоры влагалища и предотвращения развития бактериального вагиноза, при котором повышается риск раз- вития ИМП ^{1b,С}.

Применение эстрогенов у женщин в пери- и постменопаузе с рецидивами ОЦ

Поскольку у женщин в пери- и постмено- паузе рецидивы нижних ИМП развиваются на фоне атрофических изменений уротелия, обусловленных дефицитом эстрогенов в организме, необходимо рассмотреть вопрос о назначении эстрогенов (эстриол; интрава- гинально или системно) после консультации гинеколога. Эстрогены стимулируют физио- логическую регенерацию слизистой оболочки влагалища и мочевого пузыря, рост лактобак- терий во влагалище, снижая риск развития рецидива нижних ИМП.

Прогноз

Благоприятный при НИМП, отсутствии об- струкции мочевых путей, сахарного диабета, чувствительности микроорганизма к анти- микробным препаратам.

Прогноз ухудшается при несвоевременно начатой антимикробной терапии, лечении ИМП только фитопрепаратами, постоянно рецидивирующих ИМП. У 10-20% больных ре- цидивирующим пиелонефритом развивается ХБП III-V стадий. У 10% больных с артериальной гипертензией формируется злокачественная её форма.

Неблагоприятный прогноз (развитие осложнений, ОПН, шока, сепсиса) не ис- ключается при резистентности микроба к антибактериальным препаратам, обструк- ции мочевых путей, отсутствии антибакте- риальной терапии. Отягощают состояние: беременность, сахарный диабет, иммуносу- прессия, пожилой возраст, недавний приём антибиотиков, предшествующие инфекции резистентными микроорганизмами, боль- шое число принятых ранее антибиотиков, недавнее пребывание в местности с рези- стентными уропатогенами.

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

Список сокращений

БУ – бактериурия
ББУ – бессимптомная бактериурия
ИМП – инфекция мочевыводящих путей
ИППП – инфекции, передающиеся половым путём
КОЕ – колониеобразующая единица
МКБ-10 – международная классификация болезней 10-го пересмотра
НИМП – неосложнённая инфекция мочевы- водящих путей
ОАК – общий анализ крови
ОАМ – общий анализ мочи
ОП – острый пиелонефрит
ОПН – острая почечная недостаточность
ОЦ – острый цистит
УЗИ – ультразвуковое исследование
ХБП – хроническая болезнь почек.
EAU – European Association of Urology (Евро- пейская урологическая ассоциация)
IDSA – Infectious Diseases Society of America (Американское общество инфекционных бо- лезней)
E.coli – Escherichia coli
Ps.aeruginosa – Pseudomonas aeruginosa
P.mirabilis – Proteus mirabilis
S.aureus – Staphylococcus aureus
S.saprophyticus – Staphylococcus saprophyticus.

Министерство здравоохранения РФ предложило ввести в школах предмет «психология». Насколько серьёзна сегодня проблема психического благополучия учащихся? Зачем нужен такой предмет в школе? Об этом наш разговор с одним из инициаторов идеи, главным специалистом-психиатром Минздрава России, генеральным директором Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.П.Сербского, профессором Зурабом КЕКЕЛИДЗЕ.

— Зураб Ильич, вы в своих выступлениях не раз говорили, что у значительного числа российских детей наблюдаются школьная дезадаптация и психические аномалии. В чём причина — в урбанизации, образе жизни, высоких нагрузках в учёбе, или в чём-то другом?

— Уточним, о каких отклонениях в состоянии здоровья школьников идёт речь. В начальных классах школьная дезадаптация наблюдается у 40% детей. У 60-70% учеников обнаруживаются аномалии развития и различные пограничные психические расстройства. Самое главное, что эти показатели коррелируют с асоциальным, криминальным поведением, употреблением алкоголя, наркотиков (особое внимание надо обращать на подростков — они больше этому подвержены).

Когда мы говорим об аномалиях развития, неизбежно возникает вопрос о наследственности. Разумеется, не все болезни передаются по прямому наследованию. Это касается любых хронических заболеваний, в том числе и психических. Тем не менее представляется правильным, чтобы молодые люди перед вступлением в брак не умалчивали об отклонениях в своём здоровье.

Другая проблема кроется в том, что молодёжь почти ничего не знает о противоположном поле. К сожалению, представления о физиологии и психологии женщин у мужчин (и наоборот) на таком низком уровне, что представить себе трудно. Многие мужчины только после свадьбы узнают, что, оказывается, у женщин есть месячный цикл. И молодые женщины часто не осведомлены о своей физиологии, тем более девочки-подростки.

Хочется сказать и об ответственности женщины перед будущим ребёнком. К сожалению, не все беременные серьёзно

относятся к этому периоду, не понимая, что уже внутриутробно закладываются основы здоровья ребёнка. Около 18% курящих беременных не бросают курить (после установления беременности), и фактически их ребёнок рождается с зависимостью от никотина.

— Вы говорите, что у младшеклассников наблюдается школьная дезадаптация, в чём тут причина?

— Причиной служит всё то, что я перечислил: влияют и на-

родителями, ставить их в известность.

— Когда у ребёнка проявляются аномалии, как их обнаружить?

— До недавнего времени детей с трёхлетнего возраста осматривали психиатры. И мало кто мог сказать, что происходило с ребёнком до трёх лет. Такой информации не было. Сейчас, слава богу, начали осматривать с одного года. Это серьёзный шаг вперёд, он даёт возможность знать больше о здоровье детей.

— Да, уже в 4-м классе. Он узнает в школе или около школы, что есть «травка» и что «ничего плохого» в ней нет, это признак того, что «ты взрослый». Поэтому ребёнок должен быть информирован об опасности уже с 3-го класса.

В переходном возрасте меняется форма тела, появляются прыщи, ломается голос, вытягивается нос, оттопыриваются уши и прочее. Важна встреча с психологом, который объяснит детям, что всё это нормально и

начать употреблять наркотики или алкоголь.

— Когда будет введён новый предмет в школе и какое место он займёт в расписании?

— Предполагается, что предмет будет преподаваться в рамках ОБЖ, на него отводится 20 часов в каждый учебный год. Он будет преподаваться с 3-го по 11-й класс. Соответствующие специалисты уже приступили к написанию учебников. По мнению большинства участников проекта, придётся подготовить

Проекты

Жизненно важные уроки

Они позволят сохранить душевное здоровье детей



Без психологии в школе сегодня не обойтись

следственные факторы, и несоблюдение элементарных правил поведения матери во время беременности, после родов. С первых дней появления на свет малышу необходимо, чтобы у него был определённый режим. Общество обсуждает такие вопросы, как бэби-боксы — нужны они или нет, сам этот факт показывает, что далеко не всех волнуют чужие или даже свои дети. Равнодушие взрослых губительно для ребёнка.

Конечно же, многое может скорректировать детский психолог, который должен быть в каждом детском саду. Да и воспитатель в дошкольном учреждении должен иметь подготовку по психологии, чтобы понимать, как меняется поведение ребёнка, и обсуждать изменения с

— Вы предложили начать изучать психологию с 3-го класса. Почему так рано?

— Ситуация со школьниками более серьёзная, чем полагают многие педагоги. В школе изучают разные предметы, в том числе ботанику, зоологию и т.д., и дети знают, когда у оленя панты опадают. А о своём развитии, переходном возрасте, своей физиологии они не знают ничего — анатомия не об этом. Много лет назад обсуждался вопрос с директорами школ Центрального административного округа Москвы, когда лучше вводить психологию, было принято решение — с 3-го класса. Почему с 3-го? Потому что с 4-го ребёнок уже знакомится с тем, что называется «травка».

— Неужели уже в 4-м?

неизбежно. Особенно труден пубертат для девочек, некоторые страдают, что они пополнели, начинают худеть, что приводит к нервной анорексии. Известен такой факт: девочка не знала о том, что у неё будет расти грудь, и, когда молочная железа начала увеличиваться, она подумала, что образовалась опухоль, пыталась её «вдавить» обратно и пряталась от родителей.

Если дети будут знать о возрастных изменениях и заранее будут к ним подготовлены, это принесёт несомненную пользу.

Кроме того, знание элементарных основ психологии может дать представление о первой любви. Понятно, что первая любовь у подростков непрочна, влюблённость изменчива, через это проходят все, но некоторые воспринимают неудачу как трагедию. Подростку нужна моральная поддержка. Когда они переживают трудные моменты, им необходима психологическая помощь, может быть, даже обращение к Богу. Оказывается, в Русской православной церкви есть духовный заступник — святой Гавриил Седмиезерский, его икона находится в церкви Рождества Богородицы на Петровке. К нему обращаются молодёжь и подростки, страдающие от неразделённой и безответной любви, ему молятся, чтобы святой отвратил от совершения дурных поступков, от желания мстить,

пособия и для родителей детей, обучающихся в 3-4-х классах, с целью подсказки ответов на те вопросы, которые могут задать им дети.

Надеемся, что к концу 2017 г. черновики части учебников будут готовы. Необходимо подчеркнуть, что при разработке учебников для следующих классов должна быть соблюдена последовательность и единство. В их подготовке обязательно должны участвовать психологи, детские психотерапевты и психиатры в составе объединённой группы.

Замечу, что для нашей задачи психологического оздоровления детей одного предмета «психология» и психолога-преподавателя недостаточно. Надо, чтобы каждый преподаватель средней и начальной школы освоил основные понятия детско-подростковой психологии. Мы обсуждали это с руководителями департаментов Министерства образования. Их предложение заключается в том, чтобы каждый учитель-предметник, независимо от того, какую дисциплину он будет преподавать, во время обучения в вузе прошёл курс тематического усовершенствования по подростковой психологии и каждые 5 лет подтверждал свою квалификацию. Я этому очень рад. Программу мы написали и планируем приступить к подготовке тех, кто будет читать лекции и проводить такие семинары. Если сможем воплотить задуманное в жизнь, это будет огромный скачок.

Беседу вёл
Александр КЛИНКОВ,
внешт. корр. «МГ».

Фото Александра ХУДАСОВА.

Тенденции

Вплоть до полной ликвидации...

Такую цель в борьбе с инфекционными болезнями ставит медицинское сообщество

«Обеспечение эпидемиологического благополучия: вызовы и решения» — этой теме был посвящён XI съезд Всероссийского научно-практического общества эпидемиологов, микробиологов и паразитологов, состоявшийся в Москве.

Обсудить актуальные вопросы повестки дня и обменяться опытом со всей России в 95-ю годовщину образования санитарно-эпидемиологической службы страны в столице собрались более 1,5 тыс. специ-

алистов, вовлечённых в изучение и решение проблем эпидемиологии, диагностики, лечения и профилактики инфекционных и паразитарных болезней. Среди гостей съезда были представители стран СНГ, Европы, Вьетнама и Гвинеи.

Пленарное заседание съезда открыли специальный представитель Президента России по вопросам природоохранной деятельности, экологии и транспорта Сергей Иванов, главный государственный санитарный врач РФ, руководитель Роспотребнадзора Анна Попова, пред-

седатель Комитета Госдумы РФ по охране здоровья Дмитрий Морозов. Перед участниками форума выступили генеральный директор Российско-вьетнамского тропического научно-исследовательского центра Нгуен Хонг Зи, председатель Комитета охраны общественного здоровья Министерства здравоохранения, главный санитарный врач Казахстана Жандарбек Бекшин.

Современный этап развития человечества характеризуется активизацией глобальной борьбы

с инфекционными болезнями, которые являются одной из ведущих причин смертности в мире, отмечалось на съезде. В этих условиях мировым сообществом признана необходимость усиления мониторинга и контроля за инфекционными заболеваниями. Организация борьбы с ними — один из приоритетов мировой политики.

В рамках мероприятия прошли мастер-классы, семинары и презентации, а также организована выставочная экспозиция, на которой были представле-

ны современные технологии, средства и оборудование для профилактики, диагностики и лечения инфекционных болезней.

— Сегодня представители санитарно-эпидемиологической службы нашей страны — врачи, учёные и специалисты — успешно противостоят угрозам биологической и химической безопасности, — отметил на съезде Д.Морозов. Он напомнил, что летом этого года российским парламентом в федеральный закон о санитарно-эпидемиологическом благополучии населения были внесены изменения, направленные на гармонизацию действующего законодательства.

Иван САВРАНСКИЙ.

МИА Сити!

Российское общество хирургов (РОХ) открыло на своём сайте горячую линию юридической помощи. Основная задача проекта – повысить уровень правовой грамотности врачей, чтобы они в процессе своей профессиональной деятельности (по возможности) никогда не столкнулись с необходимостью прибегнуть к услугам адвоката. Ну а если случится серьёзный конфликт с пациентом и появится перспектива судебного разбирательства, то хотя бы знали, как правильно выстроить линию защиты, особенно в ситуациях, когда врач считает обвинения против себя необоснованными. Примечательно, что ответы на вопросы дают не только дипломированные юристы, хорошо знающие Уголовный кодекс РФ, но и ведущие специалисты отрасли, главные хирурги регионов, прекрасно разбирающиеся в многообразии ведомственных циркуляров.

Справедливости ради надо отметить, что до сих пор ни одно профессиональное врачебное сообщество не предложило своим членам подобную помощь: ни терапевты, ни урологи, ни кардиохирурги, ни акушеры-гинекологи, ни даже пластические хирурги и стоматологи, которым чаще других приходится встречаться в судах с недовольными пациентами или – в случае летального исхода – с их представителями. Найти на интернет-ресурсах перечисленных профессиональных объединений хоть какую-то информацию о правовой защите врачей автору этих строк не удалось.

По словам генерального секретаря РОХ, доктора медицинских наук, профессора Андрея Фёдорова, идея организовать общий правовой ликбез с возможностью для каждого хирурга получить ответы на конкретные, его интересующие вопросы, не родилась из ниоткуда, а стала ответом на «вызовы времени». Точнее сказать, на вызовы в прокуратуру, к следователю и в суд. Для пациентов судиться с докторами и медицинскими учреждениями стало не

За первые две недели работы сервиса сюда поступило уже несколько десятков вопросов. Часть из них – узкие, нетипичные, большинство же касается обстоятельств, с которыми сталкивается в практике едва ли не каждый медик. Например, правомочен ли консилиум, если он созывается не по инициативе лечащего врача, и какими должны быть действия лечащего врача в этом случае? Информированное медицинское согласие за подписью пациента

ста, имеющего опыт ведения «дел врачей». К примеру, пациентка подала жалобу на то, что её якобы заставляли оплачивать лекарства для лечения в дневном стационаре. Между тем врач утверждает, будто до госпитализации была проведена беседа, и пациентке разъяснили, что часть необходимых ей препаратов не входит в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов. Можно ли в принципе доказать, что врач не нарушил ни-

между выполненными операциями по поводу аппендицита и летальным исходом от ишемической болезни сердца?

Это лишь единичные примеры ситуаций, в которых могут оказаться доктора, добросовестно исполняющие свои обязанности.

– Большинство проблем, связанных с предъявлением различного рода претензий к хирургу, можно решить на начальном этапе, не доводя до следствия и суда. Именно для этого мы

Врач и пациент

Спрашивайте — отвечаем

Конфликт «врач – пациент» можно разрешить до суда, если знать как

просто возможно, но и выгодно, чему немало свидетельств.

Понаблюдав за развитием данного негативного процесса, в Российском обществе хирургов решили выступить с несколькими инициативами в помощь врачебному сообществу: создать медицинский третейский суд, сформировать экспертный совет из числа ведущих специалистов по разным профилям хирургии для проведения объективных экспертиз и, наконец, открыть горячую линию для дистанционного правового консультирования. Все три предложения были обсуждены с участниками прошедших съездов хирургов Центрального, Дальневосточного, Южного федеральных округов и получили поддержку.

необходимо брать только на операции или на все манипуляции, в том числе снятие швов, перевязки, введение лекарств и т.д.? Имеет ли право хирург выполнять оперативное вмешательство без ассистента, с операционной сестрой? При отсутствии ассистента-хирурга разрешает ли закон привлекать в качестве ассистента врача другой, нехирургической специальности?

Среди авторов обращений на горячую линию есть и те, кто уже столкнулся с российской судебной системой, которая – чего греха таить – откровенно ориентирована на защиту прав пациентов. И здесь требуется уже не просто рекомендация коллег-медиков, а квалифицированный совет юри-

каких законов, если видеозапись этой беседы не велась?

Другой пример: хирурги выполнили пациенту экстренную операцию по поводу флегмонозного аппендицита. Через двое суток развилась клиника ранней спаечной кишечной непроходимости, и в экстренном порядке больной вновь был прооперирован. В течение последующих суток опять возникли показания к операции и ревизии живота. К сожалению, пациент умер, при этом причиной летального исхода, по заключению патологоанатомов, стал крупноочаговый кардиосклероз. Родственники умершего подали жалобу, и судебная экспертиза признала хирурга виновным в смерти пациента. Как доказать в суде отсутствие связи

предоставляем врачам возможность повысить уровень своих правовых знаний, – подчёркивает профессор А.Фёдоров.

Когда же события развиваются по неблагоприятному сценарию, не остаётся ничего иного, кроме как грамотно защищаться в суде. Об этом руководство РОХ в течение всего нынешнего года тоже рассказывало на всех региональных хирургических съездах. И, надо отметить, данный раздел в программах форумов профессионального сообщества теперь вызывает ничуть не меньший интерес, чем знакомство с новыми хирургическими технологиями.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Профилактика

Получить консультации терапевтов и пульмонологов по профилактике и лечению табачной зависимости все желающие россияне смогли недавно, в Международный день отказа от курения, который проводится ежегодно в третий четверг ноября. Как сообщили корреспонденту «МГ» в территориальных органах здравоохранения, посвящённые этому акции прошли практически во всех субъектах РФ.

А накануне дня отказа от курения, который проводится по инициативе Международного общества онкологов и при поддержке Всемирной организации здравоохранения, в России вступил в силу новый регламент Таможенного союза на табачную продукцию. Согласно этому документу, дизайн пачек сигарет меняется. Устрашающие изображения станут теперь крупнее и появятся с двух сторон, а надписи «лёгкие», «мягкие» и «с пониженным содержанием смол» просто исчезнут. Производители табачной продукции обязаны выпускать сигареты с надписью: «Содержит системные яды, канцерогенные и мутагенные вещества», которая должна быть выполнена контрастным цветом и занимать не менее 17% боковой стороны пачки.

Принято также несколько законодательных актов, например Федеральный закон № 15, предусматривающий штрафы до 3 тыс. руб. за курение в неположенном месте.

Департамент здравоохранения Москвы провёл в столичных поликлиниках ряд мероприятий, направленных на привлечение внимания населения к проблеме сохранения здоровья и к важности отказа от вредных привычек. Здесь можно было не только получить консультации специалистов, но и пройти скрининговое обследование – определить концентра-

Откажись от курения — дыши свободно!



Жаль, что курильщики редко задумываются о своём здоровье

цию оксида углерода в выдохе и количество кислорода в крови.

В Курске Международный день отказа от курения отметили акцией «Жизнь без сигарет: дыши свободно». В парке Героев Гражданской войны прошли показательные выступления уличных спортсменов, квест и флешмоб. Согласно статистике, число курящих в области составляет около 30% населения, курит каждый пятый подросток.

Волгоградская областная дума недавно во втором, окончательном чтении приняла региональный закон о регулировании отдельных вопросов в сфере охраны здоровья граждан от воздействия табачного дыма. Он вступит в силу с 1 января 2018 г. Курение запретят в местах проведения культурно-зрелищных, театрально-концертных, спортивных, общественно-политических,

иных массовых мероприятий на открытом воздухе и в зонах рекреационного назначения.

В то же время Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор) обращает внимание на активизировавшееся использование в нашей стране электронных систем доставки никотина, или вейпинга. В этом случае не происходит курение табака, однако идёт испарение раствора, содержащего никотин в концентрации от 0 до 4,8%. Таким образом, уровень употребляемого никотина определяется не производителем, а самим пользователем, что в итоге может негативно сказаться на здоровье курильщика.

Что касается предупреждений о вреде курения на пачках сигарет, то они появились ещё в Советском

Союзе, но при этом количество курильщиков продолжало стабильно расти, напоминает исполнительный директор Общероссийского движения за права курильщиков Андрей Лоскутов. «По этому же пути пошло Министерство здравоохранения РФ, которое сначала предупреждало, а потом, увидев, что это не влияет на выбор, стало пугать. И результат тот же. Используемая антитабачная пропаганда малоэффективна».

При этом, полагает А.Лоскутов, грамотный дизайн пачки сигарет может действительно помочь в борьбе с табакокурением: если, например, указывать здесь телефоны бесплатной линии, где специалисты могут проконсультировать, как отказаться от табака.

Однако непреложным всё же остаётся одно: активизировать усилия по борьбе против табака должны в первую очередь отдельные граждане, которые могут решить никогда не употреблять табачные изделия, а уже курящие лица могут отказаться от этой привычки самостоятельно или даже обратиться за соответствующей помощью.

Так, может, попробуем? Ведь, по данным статистики, в России курят около 44 млн человек (свыше 39% населения). 50-60% мужчин являются заядлыми курильщиками, среди женщин курит каждая десятая. Между тем, как отмечает ВОЗ, из-за курения в мире ежегодно умирают около 6 млн человек, а по прогнозам, если не прикладывать усилия, к 2030 г. данный показатель достигнет уже 8 млн человек в год.

Что такое по сравнению с этими цифрами те 43 тыс. правонарушителей, которые привлечены у нас к административной ответственности должностными лицами Роспотребнадзора с момента вступления в силу норм антитабачного законодательства?

– Ситуация, которая сложилась у нас накануне нынешнего Международного дня отказа от табака, вопиющая, – заявил журналистам экс-глава этого ведомства, ныне первый заместитель председателя Комитета Госдумы РФ по образованию и науке Геннадий Онищенко. – Когда, так сказать, с открытым забралом международная камарилья – а это прежде всего 4 транснациональные табачные компании – североамериканские. Они, как говорится, пошли на «вы» – написали гневное письмо в адрес правительства, что, дескать, не согласны с той концепцией, которую предложило Министерство здравоохранения нашей страны. Самое главное, что вызывает гнев, – это предусмотренные меры – очень мягкие – приравнивания электронных сигарет, вейпов к табачным изделиям. Вот тут они уже ох как гnevаются!

Ну понятно, коту под хвост идёт та работа по созданию технических ухищрений, цель которых не допустить снижения числа рекрутируемых в эту пагубу молодых людей. И сейчас данная тема очень активно раскручивается, вкачиваются огромные деньги, во-первых, на подкуп моих коллег, врачей, которые пытаются всяческими способами и полутонами говорить о том, что, дескать, вейпы помогают бороться, вернее, так – отказаться от курения. На самом деле это всё недобросовестные придумки, – заключил депутат.

Иван МЕЖГИРСКИЙ.

МИА Сито!

Фото Александра ХУДАСОВА.

Первые упоминания о простатспецифическом антигене (ПСА) относятся к концу 1960-х годов, когда японские учёные выделили из семенной плазмы белок и назвали его гамма-семи-нопротеин. Через несколько лет этот же белок был выделен из семенной жидкости и, учитывая его электрофоретическую активность, был назван «протеин Е1». В 1978 г. A.Sensabaugh сделал биохимический анализ данного белка с помощью иммуноэлектрофоретического метода и, основываясь на его молекулярном весе, назвал его р30. Учитывая стабильность р30 in vitro, а также его специфичность, исследование этого белка начало использоваться в судопроизводстве для идентификации виновных в случаях сексуальных преступлений.

Эволюция истории вопроса

В 1977 г. M.Wang обнаружил ПСА в предстательной железе и позднее выделил его. Учитывая, что ПСА был обнаружен лишь в ткани предстательной железы, ему было дано соответствующее название. M.Wang доказал идентичность ПСА семенной жидкости и ткани предстательной железы и, таким образом, названия р30 и Е1 были оставлены. Как только была доказана органная специфичность ПСА, начались исследования по выявлению зависимости уровня его содержания от заболеваний простаты. Очень скоро стала очевидна тенденция к повышению уровня ПСА при злокачественных опухолях предстательной железы, что спровоцировало множество научно-исследовательских работ в данном направлении. На сегодняшний день ПСА является самым часто используемым маркером рака предстательной железы.

ПСА является мономерной молекулой с одной полипептидной цепочкой из 237 аминокислот и нескольких дисульфидных мостиков. ПСА – это гликопротеид (33kDa), состоящий на 93% из аминокислот и на 7% из углеводов, который вырабатывается как нормальными, так и неопластическими клетками эпителия выводных протоков предстательной железы. Примесь сахара изменяется слабо и варьируется в пределах нескольких изоэлектрических единиц. Ген ПСА расположен на длинном плече 19-й хромосомы, имеет в своём составе 5 экзонов, 4 интрона и 2 запускающих участка, а также 3 нерасшифрованных конца. Одна из запускающих точек включает андроген-ответный участок, и повышение транскрипции ПСА может вызываться андрогенами через андрогеновые рецепторы. Некоторыми исследованиями доказывается роль факторов роста в повышенной транскрипции ПСА. Было обнаружено несколько РНК ПСА, но лишь одна из них ответственна за создание протеина. Ген ПСА (известен как KLK3) на 80% гомологичен человеческому железу гомологу калликреин-1 гену (известен как KLK2) и на 68% гомологичен почечно-поджелудочному калликреин-гену (KLK1). Высокая гомологичность KLK1 и KLK2 позволяет предположить наличие перекрёстной реакции с ПСА-антителами и, следовательно, ложное возрастание титра ПСА сыворотки крови. Источник происхождения KLK2 чётко не обнаружен, хотя зафиксировано его присутствие в семенной плазме. Последние исследования показывают, что некоторые антитела к ПСА обладают перекрёстной активностью с KLK2, а некоторые нет. Антитела к KLK2 пока не найдены, но известно, что KLK2 содержится в плазме крови в очень небольшом количестве. Среди всех калликреинов (на сегодняшний момент известно 15) как минимум 8 в различных количествах обнаруживаются в ткани простаты. Однако только KLK2 и KLK3 могут быть зарегистрированы доступными способами у мужчин, поэтому эти белки используются как биомаркеры.

ПСА в сыворотке крови присутствует в двух основных формах,

В клиниках и лабораториях

В повседневную урологическую практику

О применении теста на определение значения -2проПСА и индекса здоровья простаты у больных раком предстательной железы

составляющих вместе общий ПСА (оПСА):

- комплексный ПСА, или ПСА, связанный с α1-химотрипсином (его доля в общем ПСА составляет 70-90%);

- свободный ПСА (свПСА; его доля в общем ПСА составляет 10-30%), который, в свою очередь, представлен следующими изоформами: ДПСА (BPSA), ассоциированной с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ); интактной, наименее активной и изученной на сегодняшний день изоформой; пробелком ПСА (проПСА, proPSA), ассоциированным со злокачественным перерождением ткани предстательной железы.

Незначительная часть ПСА связана с α2-макроглобулином, однако она обладает незначительной иммунореактивностью и недоступна для определения простыми иммунными методами, так как антигенные детерминанты молекулы ПСА находятся внутри комплекса и недоступны для антител. Ранее было показано, что определение показателя %свПСА (отношение концентрации свПСА к концентрации оПСА $\times 100\%$; свПСА / оПСА $\times 100\%$) в сыворотке крови позволяет улучшить диагностику рака предстательной железы (РПЖ), особенно у пациентов с уровнем оПСА в диапазоне «серой зоны» от 4 до 10 нг/мл. Более высокий показатель %свПСА достоверно коррелирует с меньшей вероятностью наличия РПЖ, а значения %свПСА менее 10% чаще ассоциированы с РПЖ. По данным, опубликованным W.Catalona с соавт., максимальная вероятность развития РПЖ (56%) отмечается в диапазоне значений %свПСА до 10%, а минимальная (8%) – при значениях %свПСА более 25%. В диапазоне значений от 10 до 25% вероятность наличия РПЖ составляет от 16 до 28%. Таким образом, для данного показателя также существует определённый диапазон «серой зоны», попадание в который осложняет врачу-клиницисту выбор тактики ведения пациента.

проПСА

При поиске маркера, наиболее специфичного для выявления РПЖ, особое внимание исследователей было направлено на изучение изоформ свободного ПСА. В 2001 г. S.Mikolajczyk с соавт. с помощью иммуногистохимического исследования установили, что изоформа свободного ПСА – проПСА – концентрируется в ткани периферической зоны предстательной железы, где наиболее часто диагностируются агрессивные формы РПЖ, в то время как изоформа ДПСА обнаруживается в переходной ткани предстательной железы, ассоциированной с доброкачественной гиперплазией. Было показано, что эпителиальными клетками периферической зоны ткани предстательной железы секретруется молекула – предшественник ПСА (проПСА). Нативная форма молекулы проПСА представляет собой ПСА, связанный с пролидерным пептидом, состоящим из 7 аминокислот (-7проПСА). Далее под воздействием ферментов калликреиноподобной пептидазы человека (hK2) и трипсина происходит отщепление зрелой формы молекулы ПСА. С другой стороны, пропептид может отщепляться порционно, с образованием, например, -4проПСА и в конечном

счёте -2проПСА. Таким образом, существуют формы с укороченными пролидерными пептидами. Эти формы состоят преимущественно из проПСА с пролидерным пептидом из 5 аминокислот (-5проПСА), 4 аминокислот (-4проПСА) и 2 аминокислот (-2проПСА). Молекула -2проПСА имеет наибольшее клиническое значение по сравнению с другими молекулами проПСА. Изоформа -2проПСА была впервые обнаружена в экстрактах из опухолей; она даёт более интенсивное окрашивание иммунохимическими красителями в тканях опухоли предстательной железы по сравнению с доброкачественной тканью и является самой стабильной формой in vitro. Изоформа -2проПСА не может быть преобразована в ПСА, что является одним из факторов её клинического использования.

Индекс здоровья простаты РНІ

В ходе исследований было показано, что наибольшую прогностическую значимость при обследовании мужчин на вероятность наличия РПЖ имеет комплекс показателей – -2проПСА, оПСА и свПСА, объединённых расчётной формулой в индекс здоровья простаты (Prostate Health Index РНІ, Beckman Coulter). Это является следствием разнонаправленной динамики фракций ПСА, которая была отмечена при наличии злокачественной опухоли предстательной железы. При РПЖ процент содержания свПСА в оПСА снижается, а доля проПСА в свПСА, наоборот, растёт. Данная закономерность была учтена в формуле расчёта индекса здоровья простаты РНІ: $RH\bar{I} = (-2\text{проПСА} / \text{свПСА}) \cdot \sqrt{\text{оПСА}}$ (разработка компании Beckman Coulter Inc.). Индекс здоровья простаты РНІ предназначен для проведения дополнительных исследований у пациентов с уровнем оПСА от 2 до 10 нг/мл (калибровка Hybritech). Литературные данные позволяют сделать заключение, что использование индекса, учитывающего разномаркёрную динамику трёх сывороточных маркёров РПЖ, а также включающего специфический для РПЖ показатель (-2проПСА), получает всё большее распространение в клинической практике. Индекс здоровья простаты РНІ является потенциально важным, дополнительным к анализу оПСА средством, позволяющим улучшить диагностику рака предстательной железы. Помимо индекса здоровья простаты РНІ на основе нового маркера -2проПСА разработан показатель %п2ПСА: $\%п2ПСА = -2\text{проПСА} / \text{свПСА} \times 100\%$, который наряду с РНІ используется в качестве прогностического фактора при раннем выявлении РПЖ.

Клиническое использование -2проПСА и индекса здоровья простаты РНІ

В клинической практике описываемые показатели могут быть использованы широко для достижения целого ряда задач: улучшение выявляемости РПЖ, повышение специфичности и сокращение количества необязательных биопсий, выявление агрессивных форм РПЖ, а также использование показателей для определения прогрессии заболевания.

Результаты большого количества исследований подтверждают, что использование индекса здоровья простаты РНІ позволяет добиться лучшей выявляемости РПЖ по сравнению с оПСА и %свПСА. В том числе это было показано в ходе мультицентрового исследования C.Stephan и соавт., включавшего 1362 пациента с уровнем оПСА 1,6-8 нг/мл по калибровке ВОЗ (что соответствует 2-10 нг/мл по калибровке Hybritech) и отрицательным результатом ПРИ. По результатам последующей 10-точечной биопсии было выявлено 668 пациентов с РПЖ и 694 пациента без РПЖ. Для индекса здоровья простаты РНІ было зафиксировано наиболее высокое значение площади под ROC-кривой (AUC = 0,74) по сравнению с другими показателями, в том числе %2проПСА (AUC = 0,72), а также текущими стандартами – %свПСА (AUC = 0,61) и оПСА (AUC = 0,56). При этом максимального значения площади под кривой (AUC = 0,75) удалось достичь при использовании мультифакторного подхода, учитывающего возраст пациента, объём предстательной железы, результат ПРИ, оПСА, %свПСА и индекс здоровья простаты РНІ.

В своей работе Sokoll и соавт. определяли взаимоотношения различных изоформ и показателей ПСА, включая -2проПСА, в сыворотке крови 123 мужчин. В группе рак простаты был выявлен в 51% случаев и оПСА составил 0,48-33,18 нг/мл. Авторы выявили резкое преобладание диагностической значимости показателя %2проПСА над показателем %свПСА у пациентов с РПЖ. Отдельно были изучены показатели пациентов, находящихся в так называемой серой зоне оПСА от 2 до 10 нг/мл. При этом стало очевидным, что и у данной «спорной» группы пациентов показатель %2проПСА продолжал быть более значимым по сравнению с другими показателями. Значение площади под кривой составило 0,73 для %2проПСА по сравнению с 0,53 для %свПСА. Авторы продолжили работу и в следующей публикации, посвящённой уже в большей степени возможности применения показателя -2проПСА для определения агрессивных форм заболевания, сделали вывод о большей корреляции изучаемого показателя с раком предстательной железы по сравнению с показателем %свПСА как в общей популяции 526 принимающих участие в исследовании пациентов с диапазоном оПСА от 0,29 до 310,6 нг/мл, так и в диапазоне оПСА от 2 до 4 нг/мл. Что касается определения более агрессивных форм рака простаты, то и в этом аспекте мультивариантный анализ, включивший клинические, демографические и индивидуальные данные, продемонстрировал значимое преимущество добавления %2проПСА к другим показателям. Была отмечена корреляция изучаемого показателя с увеличением суммы баллов по шкале Глисона, что, несомненно, открыло новые горизонты в применении -2проПСА и индекса здоровья простаты РНІ.

Предполагая наличие корреляции между увеличением показателя -2проПСА и прогрессией заболевания, Rhodes и соавт. изучили изменения значений данного показателя в замороженных пробах сыворотки крови 420 пациентов, случайно выбранных в ходе проведения скрининга рака простаты. Авторы

провели мультивариантный анализ изменения значения -2проПСА в связи с такими показателями, как возраст пациентов, объём простаты и наличие РПЖ. Была отмечена корреляция между увеличением показателя маркера, возрастом пациентов и увеличением объёма простаты. Однако наибольшая корреляция была отмечена с развитием рака предстательной железы, учитывая наличие статистически достоверной разницы в значении -2проПСА у пациентов с наличием РПЖ и без такового. Средний период наблюдения в данном исследовании составил 7 лет.

Ле и соавт. в проспективном исследовании 2034 пациентов, участвующих в скрининге рака простаты, впервые изучили предсказательную ценность показателя РНІ. При этом у 322 пациентов был выявлен показатель оПСА более 2,5 нг/мл, и была предложена биопсия простаты, которая была выполнена 74 пациентам. В этой группе пациентов у 63 мужчин показатель оПСА был в диапазоне от 4 до 10 нг/мл. Именно у них авторы отметили отсутствие статистически достоверной разницы в показателе оПСА в группах с положительным и отрицательным результатами биопсии простаты (средние значения оПСА 5,37 и 5,14 нг/мл, $P = 0,88$). С другой стороны, в этой группе у пациентов с наличием РПЖ было отмечено более высокое среднее значение показателя %2проПСА, а наибольшим значением под кривой обладал показатель индекса здоровья простаты РНІ (0,77), что говорило о максимальной предикторной способности изучаемого показателя.

Было доказано, что использование индекса здоровья простаты РНІ позволяет снизить количество необязательных биопсий. Это является следствием более высокой специфичности РНІ по сравнению с оПСА и %свПСА при одинаковом пороге чувствительности и, соответственно, меньшего количества ложноположительных результатов. Так, например, по данным W.Catalona и соавт., при пороге чувствительности 95% специфичности для %свПСА составила 8%, тогда как для РНІ – 16%. По данным C.Stephan и соавт., при чувствительности, равной 90 и 95%, максимальная специфичность была отмечена для РНІ (35,4 и 15% соответственно), далее для %п2ПСА (33,6 и 13,3%) в сравнении с %свПСА (15 и 7,5%) и оПСА (16,1 и 8,5%). Таким образом, при использовании абсолютного порогового значения РНІ, равного 24 (калибровка Hybritech; соответствует пороговому значению 31 по калибровке ВОЗ), преимущество в специфичности по сравнению с %свПСА составило порядка 20% (чувствительность 90%). Это приводит к потенциальному сокращению количества необязательных биопсий на 20%.

Одним из наиболее перспективных направлений клинического использования индекса здоровья простаты РНІ является возможность выявления агрессивных, то есть потенциально летальных форм рака предстательной железы. По данным C.Stephan и соавт., различия в медианах между группами пациентов с агрессивными формами рака (по шкале Глисона > 7) и неагрессивными формами (по шкале Глисона < 7) наблюдаются для многих показателей, однако

Замечательный подарок к юбилею Останкинской телебашни

В концертном зале «Королёвский» 29 ноября 2017 г. состоялось приуроченное к Международному дню инвалидов мероприятие, на котором ученики московских коррекционных школ-интернатов получили удивительную книгу-подарок от имени мэра Москвы – «Останкинская телебашня».

Благодаря книгам, изданным фондом «Иллюстрированные книжки для маленьких слепых детей» при финансовой поддержке Департамента СМ и рекламы Москвы, каждый год ребята узнают что-то новое, интересное, необычное о родном городе, о самых интересных его местах, о прошлом и настоящем нашей столицы.

В этом году книга-подарок расскажет маленьким читателям об одном из самых заметных и ярких архитектурных символов Москвы – Останкинской телебашне, которая в этом году отмечает полувековой юбилей. Малышам будет интересно узнать, что это самое высокое сооружение в Европе, откуда можно увидеть Москву с высоты птичьего полёта. В весёлой, сказочной форме книга познакомит их с особенностями конструкции башни и объяснит, для чего она нужна. Как в любой книге для детей с нарушениями зрения, в книге «Останкинская телебашня» использованы специальные полиграфические технологии, которые делают её доступной для особенных читателей, а тренировку зрения и обучение превращают в интересную игру.

На празднике ребята узнали об истории телебашни, поучаствовали в викторинах о любимых мультфильмах, посмотрели праздничный концерт с участием юных артистов столичной школы № 1499, детской вокально-эстрадной студии «Ватсон Джуниор» и Школы трёх искусств Алексея Кортнева.

ГБУЗ «Торопецкая ЦРБ» (Тверская область, город Торопец)
приглашает специалистов:

АКУШЕРА-ГИНЕКОЛОГА, ТЕРАПЕВТОВ/ПЕДИАТРОВ УЧАСТКОВЫХ,
ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА, ПСИХИАТРА-НАРКОЛОГА.

✓ Высокая зарплата ✓ Компенсация аренды жилья
✓ Стимулирующие выплаты.

Тел. +7 (48268) 2-23-42, 2-12-37.

E-mail: crbtoropetc@mail.ru

наилучшую дифференциацию продемонстрировал индекс здоровья простаты PHI: медианы 53,1 и 59,7 соответственно ($P = 0,002$).

В исследовании W.Catalona и соавт. было показано, что количество пациентов с результатом биопсии с суммой баллов по Глисону > 7 возрастает, достигая 50% от всех выявленных случаев РПЖ, при величине индекса здоровья простаты PHI > 50 . По мере увеличения PHI возрастает относительный риск (RR) наличия высокозлокачественных форм РПЖ: при PHI в диапазоне 0-24,9 $RR=1$, при PHI в диапазоне 25,0-34,9 $RR = 1,08$, при PHI в диапазоне 35-54,0 $RR = 1,18$, при PHI > 55 RR составляет 1,61.

G.Guazzoni и соавт. в исследовании, включавшем 350 мужчин, перенёвших радикальную простатэктомию, показали, что предоперационное определение %p2PCA и PHI обладает высокой предсказательной ценностью по отношению к последующему результату гистологического исследования. Добавление PHI в мультивариантную модель исследования позволяет предсказать наличие агрессивной формы РПЖ (сумма баллов по Глисону > 7) с оптимальным балансом между чувствительностью и специфичностью.

Баланс между чувствительностью и специфичностью – это выбор соответствующего порогового значения. Исследования пороговых значений индекса здоровья простаты PHI, проведённые W.Catalona и соавт., показали, что при чувствительности, равной 95%, специфичность метода составила 16%, при этом пороговое значение PHI равно 21,3. При чувствительности, равной 90%, специфичность составила 26%, при этом пороговое значение PHI равно 24,1, а для чувствительности 80% специфичность была равна уже 45% при пороговом значении PHI 29,3 (калибровка Hybritech). Также в работе W.Catalona и соавт. была продемонстрирована зависимость между вероятностью наличия РПЖ и величиной индекса здоровья простаты PHI. Показано, что для пациентов со значением PHI ниже 25 вероятность наличия РПЖ низкая и составляет 11%. По мере увеличения PHI возрастает и

вероятность наличия рака предстательной железы. Так, при PHI выше 55 относительный риск наличия у пациента рака простаты возрастает в 4,7 раза по сравнению с пациентами, у которых значения PHI ниже 25 и составляет 52,1%.

Российские исследования

Определение порогового значения того или иного маркера онкологического заболевания является важнейшей задачей для его внедрения в широкую клиническую практику. На основе анализа многоцентровых исследований для индекса здоровья простаты PHI были выведены пороговые значения, которые указаны в инструкции к реагенту на определение -2проПСА. Так, чувствительности метода, равной 90%, на которую наиболее часто ориентируются при использовании того или иного лабораторного метода, соответствует пороговое значение PHI – 23,82 (калибровка Hybritech). Окончательное решение об оптимальном пороговом значении для российской популяции можно будет принять, основываясь на результатах продолжающегося в настоящее время российского исследования по диагностической значимости [-2]проПСА и индекса PHI. Предварительные результаты исследования были доложены на прошедшем в Саратове конгрессе Российского общества урологов в 2014 г. Цель исследования – определение выявляемости РПЖ на основании собственных результатов с использованием индекса здоровья простаты PHI (Beckman Coulter) и трансректальной биопсии простаты. Для этого в клинике урологии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова с сентября 2013 г. по июнь 2014 г. включительно проводился набор биоматериала у 147 пациентов. Определения общего ПСА, свободного ПСА и -2проПСА в сыворотке крови проводились на иммунохимическом анализаторе Beckman Coulter UniCel Dxl методами Hybritech PSA, Hybritech free PSA и Hybritech proPSA в Научном центре «ЭфиС». Индекс PHI рассчитывался автоматически программным обеспечением анализатора.

Критерии включения пациентов в исследование: возраст 45-75 лет, уровень общего ПСА крови 2,5-10 нг/мл, отсутствие изменений простаты по данным пальцевого ректального исследования, отсутствие биопсии простаты в анамнезе. Из всего собранного материала 128 образцов сыворотки были исследованы. Всем пациентам впоследствии была выполнена трансректальная биопсия простаты по стандартной методике из 12 точек, материал исследовался патоморфологами клиники, гистологическое заключение предоставлялось по современной схеме. На основании результатов патогистологических заключений все пациенты были разделены на 3 группы: группа с верифицированным РПЖ, группа с ДГПЖ, группа с хроническим простатитом (ХП).

Средний возраст пациентов составил 58,2 (50-77) года. Средний уровень общего ПСА крови всех групп составил 6,16 (3,63-9,98) нг/мл, в группе с РПЖ средний уровень общего ПСА – 6,52 (4,13-9,3) нг/мл, в группе с ДГПЖ – 5,71 (3,63-9,98) нг/мл, в группе с ХП – 6,22 (3,7-9,8) нг/мл. По данным патогистологического исследования, сумма баллов по Глисону 6 (3 + 3), 7 (3 + 4), 7 (4 + 3), 8 (4 + 4) имела место у 26, 14, 4 и 3 пациентов соответственно. Среднее значение индекса PHI в группе пациентов с РПЖ составило 42,69 (17,82-115,33), в группе пациентов с ДГПЖ – 30,84 (12,17-86,14), а в группе с ХП – 30,33 (10,38-50,83). При анализе результатов различных групп пациентов была получена статистически достоверная разница уровня индекса PHI между группами с РПЖ и ДГПЖ ($p < 0,01$), с РПЖ и ХП ($p < 0,003$). Статистически достоверной разницы индекса PHI между группами с ДГПЖ и ХП не получено ($p = 0,18$). Прослеживается выраженный тренд возрастания индекса PHI по мере увеличения суммы баллов по Глисону гистологического материала по системе градации Глисона: медиана индекса PHI для группы с суммой баллов по Глисон 6 составила 34,3; по Глисон 7 – 43,3 и по Глисон 8 – 49,3. При этом для оПСА и %свПСА

статистически достоверной зависимости данных показателей от увеличения суммы баллов по Глисон отмечено не было. Медианы для групп с суммой баллов по Глисон 6, 7 и 8 составили: для оПСА 6,8, 6,5, 7,5 нг/мл и для %свПСА 10,8, 9,9, 11,0% соответственно. На основании полученных данных можно сделать вывод о целесообразности проведения дальнейших исследований, направленных на уточнение диагностической ценности PHI. Планируется набор статистически значимого количества материала, анализ, формулировка показаний и рекомендаций по применению и использованию индекса PHI в РФ.

Многообещающие результаты

С момента подтверждения гипотезы о дифференциальной экспрессии изоформ ПСА тканью предстательной железы прошло не так много времени, однако уже сегодня можно говорить о наличии доказательной базы, предполагающей большую значимость показателей -2проПСА и индекса здоровья простаты PHI в качестве предикторов рака простаты у пациентов «серой зоны» со значением оПСА в диапазоне 2-10 нг/мл. Многочисленные исследования также предполагают наличие важной роли указанных показателей для выявления агрессивных форм РПЖ, что, несомненно, приведёт к резкому снижению случаев выполнения биопсии простаты у пациентов с клинически незначимой формой заболевания. Более того, имеются данные, позволяющие предполагать, что показатель индекса здоровья простаты PHI может выявить прогрессию заболевания у пациентов, находящихся в группе активного наблюдения, что также имеет значимый медицинский, социальный и экономический эффект.

Приведённые в данной статье литературные данные и предварительные результаты российского исследования позволили уже сегодня включить тест на определение показателя -2проПСА и индекса здоровья простаты PHI (Beckman

Coulter) в целый ряд клинических рекомендаций профессиональных ассоциаций мира. Так, например, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (CUSA) рекомендует использовать индекс здоровья простаты PHI у мужчин с уровнем общего ПСА в диапазоне от 3 до 10 нг/мл и отрицательной первой биопсией для принятия решения о необходимости повторной биопсии, а также определять PHI через 6-12 месяцев в случае, если первичная биопсия не была выполнена. Индекс PHI может быть также использован при желании оценить вероятность наличия РПЖ до выполнения первичной биопсии, а значение индекса здоровья простаты PHI выше 35 с большой вероятностью указывает на наличие РПЖ. Более того, тест на определение PHI включён в Российские клинические рекомендации, представленные недавно на ежегодном конгрессе РОУ в Саратове. В рекомендациях приведены описание индекса здоровья простаты PHI, требования к преаналитическому процессу сбора крови, а также данные о клинической чувствительности и специфичности выявления рака предстательной железы для различных пороговых значений PHI и вероятности наличия РПЖ в зависимости от уровня PHI.

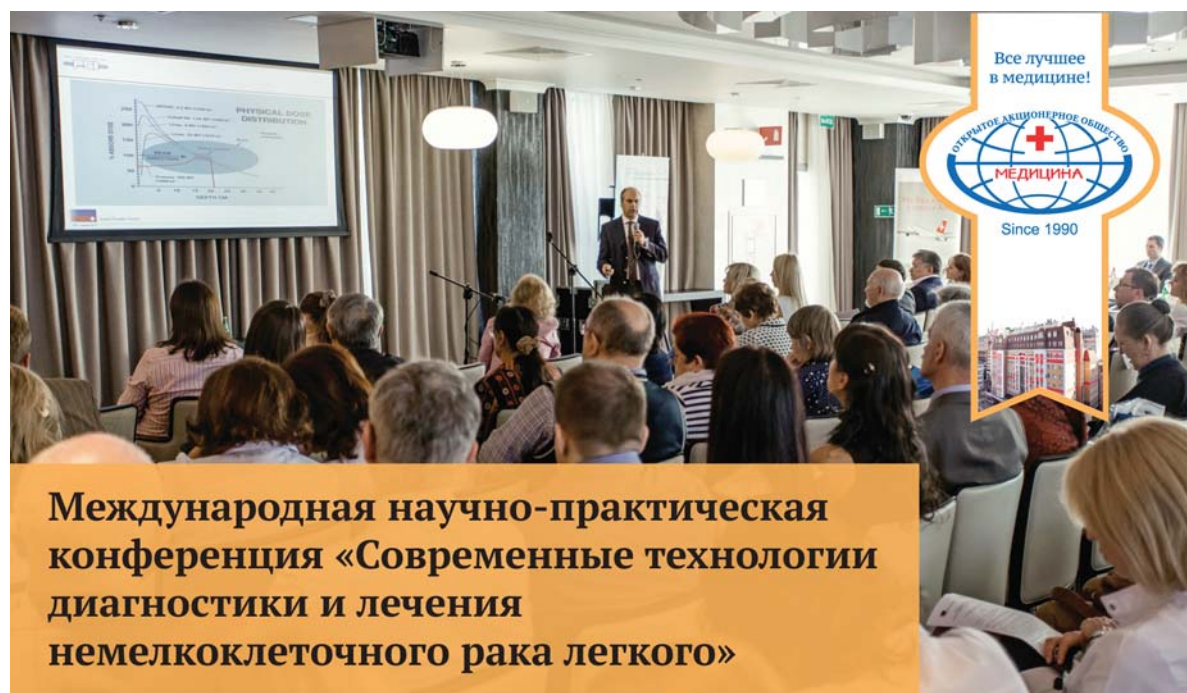
Результаты проведённых работ по изучению новых показателей являются многообещающими, и уже сегодня позволяют рекомендовать применение теста на определение значения показателей -2проПСА и индекса здоровья простаты PHI в повседневной урологической практике.

Константин КОЛОНТАРЕВ,
доктор медицинских наук,
профессор.

Александр ГОВОРОВ,
доктор медицинских наук,
профессор.

Дмитрий ПУШКАРЬ,
заведующий кафедрой,
член-корреспондент РАН.

**Кафедра урологии Московского государственного
медико-стоматологического
университета им. А.И.Евдокимова.**



Международная научно-практическая конференция «Современные технологии диагностики и лечения немелкоклеточного рака легкого»

**Документация по учебному мероприятию представлена
в Комиссию по оценке учебных мероприятий и материалов для НМО**

Дата проведения: 7 декабря 2017

Москва, клиника «Медицина»,
2-й Тверской-Ямской переулок, 10

Участие в конференции бесплатное

Регистрация на сайте клиники ОАО «Медицина»

https://www.medicina.ru/about/for_practic_doctors/seminars/nmo/



www.medicina.ru
gazeta@medicina.ru

(499) 250-84-96

Ну и ну!

Французские учёные скрыли от общественности смерть 35-летнего мужчины, сознание которого было частично восстановлено после 15 лет пребывания в вегетативном состоянии. Оказалось, что он умер от пневмонии через несколько месяцев после эксперимента.

Напомним, что пациент, находившийся в вегетативном состоянии после тяжёлой автомобильной аварии, начал проявлять признаки сознания в результате применения электростимуляции блуждающего нерва (VNS-терапии). После появления этой новости множество семей, в которых есть люди в таком же состоянии, получили надежду на частичное восстановление сознания своих близких. Ранее считалось, что после года пребывания в вегетатив-

Скрытая смерть

ном состоянии у человека уже нет никакой надежды на восстановление сознания.

Учёные, проводившие исследование, не стали предавать огласке этот факт, побоявшись, что его свяжут с особенностями проводимой терапии. Они убеждены: гибель пациента с лечением не связана. Кроме того, исследователи утверждают, что объявлять о смерти мужчины не желали его родственники, чтобы избежать шумихи.

Инициатор эксперимента Анджела Сиригу, сотрудник Института когнитивистики Марка Жанро (Франция), отметила в интервью, что пациент

«всё ещё парализован, он не может говорить, но может реагировать на нас». Чуть позже выяснилось, что в то время, когда Анджела давала интервью, он был уже мёртв.

После того, как пресса узнала о смерти мужчины, А.Сиригу заявила следующее: «Смерть пациента не была связана с нашим протоколом. Он вошёл в наше исследование в январе 2016 г., и его участие закончилось в начале сентября 2016 г. Мы с уважением отнеслись к решению семьи не сообщать об этом событии».

Профессор Лионского университета (Франция) Жак Лоуте, который

несколько лет наблюдал пациента, сообщил в интервью: «Мы обсуждали этот вопрос с семьёй умершего. Вместе мы предположили, что огласка его смерти от пневмонии приведёт к тому, что люди свяжут наше лечение и смерть. Мы пришли к выводу, что она, не будучи связанной с исследованием, является исключительно частным событием. Это было ошибкой, потому что очевидно, что рано или поздно нас спросят, что стало с пациентом».

Дина РОЗИНА.

По информации The Guardian.

Однако

Врача накажут за женское обрезание

По заявлению прокуроров, в Детройте (США) арестована врач отделения скорой помощи Джумана Нагарвала, которая на протяжении 12 лет делала девочкам в возрасте от 6 до 12 лет обрезание на женских половых органах. Операции она проводила не на рабочем месте. Это первое подобное судебное дело в США.

Если Джумана Нагарвала будет признана виновной, ей грозит пожизненный срок. По информации местных СМИ, врач отрицает выдвинутые против неё обвинения. Однако, по данным прокуроров,

она просила пациентов, часть которых приезжала на приём из других штатов, ничего не говорить о проведённых операциях.

Женское обрезание было законодательно запрещено в США в

1996 г. Первый такой случай был зарегистрирован в 2006 г.: иммигрант из Эфиопии был осуждён на 10 лет тюрьмы за проведение операции, калечащей женские половые органы, своей двухлетней дочери.

В 2012 г. власти США обнародовали статистику, согласно которой более 500 тыс. женщин и девочек в стране подверглись обрезанию или риску проведения этой операции.

Практика проведения женского обрезания, по данным ООН, наиболее распространена в Египте, Эфиопии и Индонезии.

Юлия ИНИНА.

По информации Reuters.

Ситуация

Учёные из Университета Восточной Финляндии установили, что регулярное посещение сауны чрезвычайно полезно для человеческого организма, поскольку спасает людей от развития некоторых опасных заболеваний. Это, в свою очередь, в значительной степени продлевает жизнь и уменьшает риск преждевременной смерти.

Прийти к такому выводу авторам исследования удалось после того, как они в течение более 20 лет изучали клинические данные и наблюдали за состоянием здоровья более 1600 представителей мужского пола. В первую очередь было установлено, что посещение сауны примерно 4-7 раз в неделю снижает показатели кровяного

Лечебный пар

давления, а также на 50% понижает вероятность развития гипертонической болезни. Это объясняется тем, что высокие температурные показатели становятся причиной ускорения сердечного ритма и расширения кровеносных сосудов, что, как известно, улучшает процессы кровообращения.

Кроме того, стало известно, что такое времяпрепровождение уменьшает шансы на возникновение воспалительного процесса в лёгких и формирование респираторных заболеваний. В этом случае тепло препятствует накоплению жидкости в этих органах и нормализует их вентиляцию.

Данное научное изыскание показало, что любители сауны в несколько раз реже сталкиваются с сердечно-сосудистыми недугами и инсультами, а также наиболее редко получают такой диагноз, как «приобретённое слабоумие».

Подобные положительные свойства от посещения сауны целесообразно относить и к женщинам. Однако им рекомендуется посещать сауну 3-4 раза в неделю, но отмечается, что это категорически запрещено делать в период менструации и беременности.

Роман МАЛИНОВСКИЙ.

По информации Daily Mail.

Идеи

Оранжевое подкрепление

Новое исследование британских учёных показало, что апельсиновый сок снижает вероятность возникновения переломов практически в 2 раза. Обусловлено это тем, что данный напиток может укреплять костную систему.

В рамках научного изыскания, в котором принимали участие более 10 тыс. добровольцев, было установлено, что люди, регулярно употреблявшие апельсиновый сок, очень редко сталкивались с переломами.

Предполагается, что положительный эффект наблюдается из-за присутствия в таком напитке большого количества витамина С, который, в свою очередь, обладает стимулирующим свойством, в частности активирует процесс роста молодых костных клеток (остеобласты), трансформирующихся впоследствии во взрослые клетки костной ткани.



Подобное открытие особенно актуально для лиц преклонного возраста, а также для всех пациентов, которые страдают от

остеопороза и иных заболеваний костной ткани. Также отмечается, что витамин С содержится в соке киви, томатов, клубники и

брокколи, но в этих напитках его концентрация намного меньше. Учёные указывают на то, что каждые 50 мл апельсинового сока, а это четверть стакана, снижают вероятность переломов на 5%. Это означает, что стакан такого питья уменьшает шансы на 20%, а 2 стакана – на 40%. При этом отмечается, что суточная норма витамина С для взрослых лиц не должна быть ниже 40 мг.

Тем не менее специалисты рекомендуют выпивать свежесжатый сок, приготовленный в домашних условиях, а не пакетированный разбавленный напиток, который продаётся в магазинах. Также очень важно помнить, что ежедневное поступление витамина С должно сопровождаться приёмом пищи – это поможет ему задержаться в организме.

Дана СЛАВИНА.

По информации Daily Mail.

Особый случай

Нас с детства приучают к тому, что ругаться – это плохо. Однако новое исследование показало, что в определённых ситуациях нецензурная брань может быть очень полезна. Оказывается, ругательство, произнесённое вслух, может придать сил в критической ситуации. Работа учёных из Кильского университета (Великобритания), представленная в этом году на конференции Британского психологического общества, показала, что люди демонстрируют более высокие результаты в силовых испытаниях, когда ругаются вслух.

Не держи в себе!

Автор исследования доктор Ричард Стивенс провёл два эксперимента на добровольцах, которые выполняли одно и то же упражнение либо молча, либо произнося вслух нецензурные ругательства. В первом эксперименте участвовали 29 добровольцев, подвергавшихся физической нагрузке на велотренажёре. Во втором 52 добровольцам было предложено пройти силовой тест на динамометре. Оба эксперимента показали, что ругательства, которые произносились вслух во время упражнений, значительно улучшали результаты.

– Ругательства оказывают заметное влияние на вашу выносливость и на переносимость боли. Но нам ещё предстоит понять механизм данного феномена, – объяснил Р.Стивенс.

Удивительно, но прилив сил – это не единственное преимущество обцененной лексики. Прошлые изыскания по данной теме показали, что нецензурная брань помогает уменьшить боль. Согласно исследованию, проведённому ещё в 2009 г., ругательства вызывают более выраженную реакцию организма, которую физиологи называют «бей или беги». В свою очередь, это приводит к увеличению частоты сердечных сокращений и повышению уровня адреналина, которые помогают значительно снизить болевые ощущения.

При этом исследование, проведённое экспертами из Марист колледжа (США), показало, что употребление матерных слов никак не связано с бедностью словарного запаса, хотя в приличном обществе так принято считать. Более того, работа учёных из Маастрихтского университета (Нидерланды) доказывает, что ругательства являются показателем честности, а люди больше доверяют ораторам, которые используют бранные слова в своей речи. Это может быть связано с устойчивыми речевыми паттернами. Лжецы с большей вероятностью будут использовать в своей речи местоимения третьего лица и слова для отрицательных характеристик, в то время как честные люди предпочитают ненормативную лексику.

До сих пор непонятен механизм, с помощью которого мат и ругательства дают настолько сильные преимущества перед другими словами (воодушевляющими, ободряющими и т.д.). Учёные предполагают, что это связано с высоким уровнем эмоций, «привязанных» к ругательствам. Эти эмоциональные связи вызывают более сильную физическую реакцию, чем любые другие слова в родном языке. И чем серьёзнее табу на ругательство – тем сильнее эмоциональный ответ.

Олег КУЗЬМИН.

По информации EurekAlert!

Шестьдесят лет назад в Москве состоялась выставка, явившая ещё одного мастера «гонимого искусства» – Юрия Титова. Его имя фигурировало во всех заметных «антипсихиатрических» акциях и статьях. Хотя сам Юрий, окончив в 1951 г. Московский архитектурный институт, занимался живописью, носившей тогда реалистический (в духе И.Шишкина) характер. Эта манера сохранялась у Титова до 1957 г., когда после Международной выставки современной живописи он обратился к живописи абстрактной.

В поисках смысла жизни

После выставки, устроенной в частной квартире диссидентом В.Буковским, о Титове заговорили как о «новом герое гонимого искусства». В начале 1970-х годов художник начал проектировать «Храм для Александра Солженицына». Тогдашние работы Титова можно лишь условно назвать абстрактными. Это были изображения полей, тянущихся до горизонта без признаков жнивья и жилья. Но формулировка «абстрактное искусство» позволяла исподволь конструировать схему-шаблон о непризнаваемом и гонимом советской властью талантливым художнике, чьё дарование шло вразрез с точкой зрения КПСС о том, каким должно быть изображение искусства. Идея же с «Храмом для Александра Солженицына» была ничем иным, как рекламным ходом, должествующим создать для Титова и его жены публицити на Западе. Священник А.Мень вспоминал об этом проекте с нескрываемой иронией: «Юрий Титов стал делать фантастические вещи... Проект храма был совершенно шизофренический, какой-то кошмар, и он говорил мне, суя его под нос: «Это гениально, это сердце всего мира, это боль всего мира!».

Поиски смысла жизни и творчества привели художника к вере в Бога и крещению. Титов и его жена Елена Строева приняли участие в демонстрации за право евреев на выезд в Израиль, в связи с чем были помещены в психиатрическую больницу. В конце 1967 г. в Скандинавии состоялись выставки работ Титова, получившие хорошие отзывы. Он писал картины на религиозную тему, туманно-мистические корабли, лики святых... В 1972 г. Титов решил воспользоваться приглашением из Израйля, получив благословение на эмиграцию от своего духовника А.Меня. Семья выехала вначале в Рим (на таможене московского аэропорта картины Титова были облиты кислотой). Уже в Вене покинувшую постылую Москву жену художника силой выставили из самолёта: она не хотела выходить, желая тут же вернуться в СССР. Затем семья уехала в Париж. Первое время их дела шли неплохо. Жена Титова открыла салон, где собиралось изысканное общество.

В СССР семья Титова занимала верхушку социальной диссидентской пирамиды, общаясь с наиболее известными диссидентами. Жена художника, Е.Строева, дочь советского генерала и дипломата, окончив МГУ, практически никогда не работала, живя фарцовкой. В конце 1950-х годов она собирала у себя общество диссидентов (салон). Философские раздумия неизменно сопровождались выпивкой, которой придавался мистический, сакральный смысл. В кружке Титовых состоялось знакомство Солженицына с будущей женой Е.Боннэр, подругой Строевой. Что же до политической составляющей в деле о госпитализации семьи Титовых, то дальнейшая судьба художника, эмигрировавшего в Париж, опровергает социально-политическую ангажированность советской психиатрии (по крайней мере в этом конкретном случае) – в Париже

Титов часто попадал в психиатрические больницы.

Семью поселили в парижском доме художников. Им дали лишь квартиру, на еду нужно было зарабатывать, но картины не продавались. Те, кто прежде говорил о гениальном мастере, отказывались покупать его работы. До тех пор пока Титов считался эстетическим диссидентом и находился внутри тоталитарной системы, он мог носить титул жертвы режима. После эмиграции флёр гонимого художника испарился. Как пишет В.Воробьёв: «Возможно, пару

Французские власти отвезли его в психиатрическую больницу. Больницы этого профиля с той поры неоднократно возникали в судьбе художника, который регулярно общался с потусторонними силами и «чувствовал присутствие умерших людей», письменно общаясь с ними...

Скитания по психбольницам

Если подозревать в политической ангажированности психиатрию советскую, то как быть с психиатрией французской? Это не вписывается в привычную схему

В 1997 г. Титов оставил Монжерон, начав скитаться по заброшенным необитаемым домам. В полиции не продлевали его вид на жительство. Страдая от бессонницы, недоедая, Титов блуждал по Парижу, ночуя на улицах. В этом состоянии он был госпитализирован в психиатрическую клинику. В 1999 г. художник А.Хвостенко и композитор К. Чалаев вызволили Титова из госпиталя, где он находился под опекой, и его «лечили» психотропными лекарствами. Друзья добились его устройства в пансионат престарелых при Красном Кресте. Титов

еда его. Абстрактные и религиозные картины Титова стали для них теми произведениями, которые можно было трактовать как скрытую (или явную) оппозицию социализму: что могло быть эстетически более враждебно строю, как не нефигуративная или клерикальная живопись? Работы художника встречались в этих кругах бурным восторгом. Тому, кто восторгов не разделял, наклеивались ярлыки «бесов». Положительные отзывы дилетантов, видевших в картинах не столько живопись, сколько идею, заменили Титову квалифи-

Тайное и явное

Между философией и мистикой

Имя этого психически больного художника часто используется для обвинений в адрес «карательной» психиатрии



На протяжении всей своей жизни Ю.Титов пребывал в постоянной напряжённой внутренней работе

проданных шведскому дипломату картин Титов принял за выставку «по Швеции». Людям было элементарно не на что жить. Несмотря на это, Титов после отзывов антисоветской прессы, тиражированных, пока он жил в СССР, уверившийся в собственной гениальности, отказывался от любой работы, продолжая писать и рисовать. Его жена с негодованием отвергала предложения, если они не соответствовали, как она считала, её интеллекту и дарованию – работа в книжном магазине, секретаря в редакции журнала «Континент», упаковщицы в газете...»

Потеряв всякую надежду, в полном отчаянии Строева обратилась в советское посольство, где её встретили радушно и предложили написать под диктовку покаянное письмо, пообещав её мужу место шрифтовика на стройках коммунизма. С этого момента Титов и его жена оказались под подозрением у русской эмиграции. К ним был приклеен ярлык «сотрудничающих с Советами». Нелицеприятные в отношении реальной эмиграции письма Строевой (а она написала их несколько – по требованию работников посольства) получили огласку в СССР, что дошло и до Парижа. С умилением вспоминала теперь жена художника даже о советском сумасшедшем доме. Эмигрантское сообщество отвернулось от Титовых. Однажды художник, войдя с картинами в туалет квартиры, объявил забастовку, забыв за собой дверь, решив не выходить оттуда до смерти.

психопатов. Проще употребить фигуру умолчания... Но психическое расстройство Титова оказалось верифицировано независимыми экспертами. Выходит, что «карательная» психиатрия в своё время не слишком-то ошибалась? Даже диссидентство не является презумпцией психического здоровья. Вполне можно быть сумасшедшим диссидентом. Дочь Титова, Елена, более 10 лет провела в психиатрических больницах Франции, косвенно подтвердив объективность диагностики наследуемого психического расстройства.

Не желая поступаться принципами, семья продолжала работать, надеясь на то, что их час придёт и творчество Титова окажется востребованным. Но никаких изменений не происходило. В пиковой ситуации Титовы снова попытались постучаться в посольство и попроситься обратно, но получили отказ. Впав в отчаяние и поняв, что в СССР им не вернуться, Е.Строева повесилась в сентябре 1975 г. После её смерти в газете «Ле монд» вышла статья о «благородной русской женщине, храбром борце с коммунизмом, верном друге прогрессивного человечества Лене Титовой». В статье ни слова не говорилось о том, что, по сути, её убило отношение к этой семье русской эмиграции.

После смерти жены Титов на некоторое время ушёл в право-славный скит в 90 км от Парижа. В 1988 г. его приняли на жительство в Монжеронском замке, общежитии советских эмигрантов.

продолжал работать, создавая конструкции из объёмных упаковок в своей комнате, что мешало персоналу пансионата проводить уборку. Проблема усугубилась тем, что художник без спроса брал в общей столовой салфетки, используемые им в инсталляциях. Возникли неприятные недоразумения, в результате которых его обвинили в краже 500 салфеток и нарушении спокойствия. Инцидент совпал со сменой дирекции. Титова снова отправили в психиатрическую больницу.

На протяжении всей жизни Ю.Титов постоянно находился в состоянии напряжённого внутреннего поиска. Последние его годы весьма активны в творческом отношении. За два года он нарисовал около 200 работ крупного формата, сотни листов были заполнены его «архитектурно-мистическими проектами». Титов писал стихи, называемые им «метапоззией», переходя ко всё более новаторской форме, сочетающей реплики в духе дадаизма с афористикой. Он считал своё творчество «поисками гармонии между философией и мистикой». Титов занимался поиском «смысла творчества», называя себя архитектором проектов, «мистически реальных, которые, однако, могут быть воплощены».

Юрий Титов стал регулярным гостем психиатрических заведений Франции. Психотропное лечение, упоминания о котором неизменно берутся психопатами-концептуалами в кавычки, назначалось теперь французскими врачами, которые ни сном ни духом не слыхивали о «политическом и эстетическом инакомыслии» и «карательной» психиатрии...

Трагедия этого художника не только в том, что он оказался брошенным, а его живопись – никому не нужной. Ещё будучи сравнительно молодым мастером, Титов метался от стиля к стилю, пытаясь найти свой язык, отыскать индивидуальную дорогу в искусстве. Но на этом пути ему встретились люди, которые считали, что живопись имеет право на существование лишь в том случае, если она идёт перпендикулярно существующему строю и вразрез с ним. Их сверхценная идея о том, что этот «Карфаген должен быть разрушен», требовала неизменной лейтмотивности и приплетания к любому контексту. Для них было правильным всё то, что возникало вопреки строю, подспудно разъ-

цированную критику искусствоведов. И художник, думая, что нашёл себя в искусстве, на самом деле стал плакатистом психопатов-диссидентов, потеряв стиль, даже не успев его толком найти.

Реальное психическое расстройство Титова не помешало психопатам-идеологам продолжать голосить о «карательной» психиатрии, пытавшейся погубить выдающегося мастера, которого «спасло только то, что он эмигрировал из этой страны». И это несмотря на то, что вмешательство советской психиатрии в судьбу художника, как выяснилось, носило вполне адекватный характер и не имело политических мотивов. Он просто был нездоров.

Борцы против «системы»

Отдавая должное борцам за ту идею, которую они считали правильной, нельзя не заметить, что многие из них всё же были не слишком здоровыми в психическом отношении людьми. Это видно и теперь, по диссидентам нынешним. Значительная часть их весьма психопатизирована (как минимум). Декомпенсированная же психопатия («расстройство личности» – в формулировке последней Международной классификации болезней) в лечении у психиатров всё же иногда нуждается, что бы ни говорили по этому поводу экзистенциалисты и антипсихиатры.

С.Довлатов писал: «После коммунистов я более всего не люблю антикоммунистов», тонко продемонстрировав концептуальную связь между обеими идеологическими конструкциями, обнаруживающими сходство главных механизмов этих идеалистических затей, базирующихся на общей психопатической основе – безапелляционной «правоте» социопатов, присвоивших мандат «единственно верного пути», шаг в сторону от которого «приравнивается к побегу». «Чума на оба ваших дома!» – древняя китайская философия считает, что нечто может в полной мере становиться собой, только достигнув своей противоположности. И тут круг замыкается: радетели неограниченного свабод превращаются в Политбюро, с упоением занимаясь «партийным строительством».

Игорь ЯКУШЕВ,

доцент Северного государственного медицинского университета. Архангельск.

На самом юге Азии, почти у экватора, в Индийском океане расположен тёплый остров Шри-Ланка, площадь которого почти соответствует площади Эстонии. За богатую растительность, полноводные реки и водопады, экзотичность зверей и птиц остров издавна называли земным раем.

В 1555 г. португальские колонизаторы привезли с острова красивые цветы алого, пурпурно-красного и оранжево-розового цвета в Константинополь. Луковицы этих цветов охотно раскупались на рынке.

Голландский купец Жорес Ван де Рей узнал о существовании заморских цветов от моряков. Но правильно говорят, что лучше один раз увидеть, чем сто раз услышать. Через 7 лет купец сам попал в Константинополь. Красота цветов пленила его. Он купил несколько луковиц и повёз цветы на родину. Каждая луковица удивительно напоминала турецкий головной убор тюрбан, поэтому считают, что слово «тюльпан» – это иноязычное произнесение на голландский манер слова «тюрбан». Цветы прижились и распространились в Голландии.

Местным жителям и приезжавшим в Голландию иностранцам цветок так понравился, так много людей восхищались его красотой и хотели иметь его в своем саду, что довольно скоро выращиванием тюльпанов увлеклись многие цветоводы. Настойчиво отбирая цветы растения, у которых появлялись редкие оттенки цвета и причудливые формы, любители тюльпанов вывели гладкие и махровые виды, ровные и с фестончатыми краями. Наряду с традиционными алыми, розовыми и красными цветами получили и совсем уж необычные: золотисто-жёлтые, кофейно-коричневые, фиолетовые, серовато-мраморные, белые. Ценители насчитывали около полутора тысяч оттенков этих цветов. Редкие сорта из года в год дорожали. За некоторые луковицы хорошо платили. Постепенно цветоводство в Голландии превратилось в весьма доходное дело, что, в свою очередь, подогревало интерес публики к этим тюльпанам и превратило цветоводство в Голландии в престижное занятие.

В конце XVII века в городе Дордрехте жил врач и натуралист Корнелиус ван Берле. Исповедуя красоту гармонии человека с окружающей его природой, Берле умел не только прийти на помощь больному и слабому – естественное тяготение здорового человека к прекрасному побуждало Корнелиуса изучать природу. Он собрал и составил множество коллекций растений и различных насекомых. Это не было простым собирательством, так как Берле предпринял попытку классифицировать все растения Голландии! А самым любимым его занятием, превратившимся в подлинную страсть, стало выращивание тюльпанов. Закупая в различных странах Востока редкие экземпляры луковиц, врач высаживал их в своей оранжерее, выращивал, подвергал специальному уходу,

На литературный конкурс

Врач Берле и чёрный тюльпан

Быль



скрещивал и выводил всё новые и новые разновидности этих цветов.

Главным центром разведения тюльпанов в Голландии был город Гаарлем, расположенный на берегу моря. Морской воздух, защищенность от северных ветров и обилие солнечных лучей превратили этот городок в огромную естественную теплицу для тюльпанов. Авторитет цветоводов был очень высок. Они диктовали моду на тот или иной цветок, устраивали выставки-ярмарки, устанавливали и объявляли премии за экземпляр редкой формы, оригинального цвета.

В 1672 г. общество любителей тюльпанов города Гаарлема объявило премию в 100 тыс. флоринов тому цветоводу, который выведет необычный... чёрный тюльпан!

К этому времени Берле был уже очень опытным цветоводом. Благодаря упорному труду Корнелиус научился выращивать и сероватый мраморный тюльпан, и молочно-белый «брабант», и кофейного цвета «коломбин». Честолюбие Берле было задето. Он твердо решил, что гаарлемская премия будет принадлежать только ему. В его коллекции уже был получен темно-коричневый тюльпан. А почему бы не попытаться превратить только что выращенный экземпляр в цветок чёрного цвета?

С большим усердием и настойчивостью Корнелиус принялся за работу. Вскоре он сумел отобрать три луковицы, из которых на следующий год надеялся получить желаемый результат. Победа была близка! Он уже мысленно присвоил имя такому тюльпану. «Чёрный Берле» – это

звучало как музыка, как гимн упорству и победе.

Но вдруг в одну ночь жизнь Берле перевернулась круто и жестоко. По лживому доносу его арестовали, обвинили в государственной измене и сослали в крепость Левенштейн на пожизненное заключение. Что мог учёный предпринять в ночь, когда его арестовали по такому чудовищному обвинению, и что он мог предполагать о своей судьбе? Дело всей жизни померкло. И теперь придуманное им название «Чёрный Берле» приобрело для Корнелиуса весьма зловещий смысл. Понимая, что его ждет смертная казнь, Берле взял с собой в тюрьму лишь самое сокровенное – три луковицы темно-коричневого тюльпана.

Судьбе было угодно подвергнуть Берле ещё одному испытанию. Ожидая окончания следствия и зловещего приговора, отверженный познакомился в тюрьме с Розой Грифус, дочерью тюремщика. Корнелиус и Роза полюбили друг друга. Узнав о взаимном чувстве девушки и заранее в мыслях похоронив самого себя, Берле решил доверить ей свою мечту. Передавая луковицы тюльпанов Розе, он попросил девушку высадить их в грунт в апреле следующего года, хотя бы в память о нём и их трагической любви.

Судебное расследование затягивалось. Роза пыталась скрывать многосмысленное заточение узника. Приходя на тайные свидания, она старалась ободрить и развеселить Корнелиуса лаской и вниманием. Летом она приносила ему букетики полевых цветов, осенью – охапки багряных, коричневых и золотистых листьев, зимой – тёплый шарф,

шерстяные чулки или белый надушенный батистовый платочек с вышитыми инициалами. Роза носила Корнелиусу молоко и вкусные домашние лепёшки, тайно приготовленные, когда отец-тюремщик уезжал.

Сердце Берле переполняло любовь и нежность. Он пытался шутить, рассказывая Розе о своих наблюдениях за травами, цветами и насекомыми, но всякий раз, прощаясь с ней, мысленно прощался с ней навсегда. Измученный ожиданием приговора и казни, Берле ни разу больше не напомнил девушке о своей просьбе.

Пришла весна. Настал апрель. Ничего не сообщая своему возлюбленному заранее, Роза в точности исполнила его просьбу. Один из расцветающих тюльпанов оказался совершенно чёрным.

В жизни тоже бывают чудеса, только испытывают их не сказочные герои, а живые люди. Корнелиус остался жив, так как вскоре была доказана абсурдность обвинений против него. Берле был освобождён.

Впрочем, Корнелиус тут же добровольно лишил себя свободы: он сделал предложение руки и сердца Розе, получил согласие и обвенчался с ней. Молодые отпраздновали весёлую свадьбу. А вскоре счастливые супруги получили гаарлемскую премию за выведение чёрного тюльпана. В честь своей горячо любимой жены Корнелиус присвоил ему имя «Роза Берле».

* * *

И в дальнейшем цветоводы Голландии справедливо испытывали профессиональную гордость за свой труд. Еще бы!

Слой тучной почвы с песком они наносили только на полого спускающиеся участки земли, ориентированные в направлении юго-запада. В этот старательно подготовленный грунт в определённое время высаживали только тщательно отобранные семена тюльпанов. Когда семена всходили, цветоводы любовно холили, поливали и удобряли растения. Допускалось только утреннее и вечернее солнечное освещение, так как полуденные солнечные лучи были слишком жаркими и разрушительными. Чтобы вызвать в семенах различные селекционные изменения, цветоводы, перед тем как посадить семена в грунт, предварительно подогревали их до определенной температуры, вымачивали в различных растворах, выдерживали семена перед посадкой на свету, а иногда и в темноте. Выращенные сортавые луковицы строго и точно учитывались, регистрировались в специальных сортовых книгах.

При выращивании тюльпанов из семян окраска цветов всегда была однотонной. Однако изредка, случайно, по неизвестным никому причинам, на полях вырастали своеобразные цветы пёстрой окраски. Узоры, прожилки, причудливые разломы образовывали неповторимый орнамент, созданный самой природой.

Загадочность, неповторимость и невоспроизводимость этого явления наряду с оригинальностью отдельных экземпляров этих тюльпанов подогревали интерес к ним и, разумеется, повышали цену. Эти цветы оценивались особенно высоко, однако соперничество за обладание уникальным растением было сродни охоте за редкими животными и птицами – такие цветы раскупались мгновенно.

Есть сведения, что в 1675 г. голландские цветоводы наконец уяснили, что при размножении тюльпанов методом прививок луковиц пёстрой и однотонного по окраске можно получить непредсказуемое разнообразие красок лепестков, пёстрых полосок на них и прожилок.

Только в 1928 г. англичанин Кейли и американец Маккей выяснили, что разновидность тюльпанов с пёстрыми полосками на цветах является инфекционным заболеванием вирусной природы. Это заболевание может передаваться не только с помощью вегетативной гибридизации, но и соком больных растений. Природным переносчиком вирусов оказалась тля. Тюльпаны не страдают от этих возбудителей и не гибнут. Вирусы лишь вызывают в тюльпане нарушение нормального процесса синтеза особых красящих веществ – антоцианов, а цветы из-за этого приобретают фантастический, сказочный вид.

ОБ АВТОРЕ. Василий Поляков – детский онколог, живёт в Москве. Он доктор медицинских наук, профессор. Литературным творчеством занимается давно и постоянно. В столичных издательствах им выпущено несколько книг повестей и рассказов. Является членом Союза писателей России.

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

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

Главный редактор А. ПОЛТОРАК.
Редакционная коллегия: В. ЕВЛАНОВА, В. ЗАЙЦЕВА, В. ЗИНОВЬЕВ (зам. ответственного секретаря), А. ИВАНОВ, В. КЛЫШНИКОВ, Т. КОЗЛОВ, В. КОРОЛЁВ, А. ПАПЫРИН (зам. главного редактора), Г. ПАПЫРИНА, В. САДКОВСКИЙ (зам. главного редактора – ответственный секретарь), И. СТЕПАНОВА.

Деловой член редколлегии – И. СТЕПАНОВА.

Справки по тел.: 8-495-608-86-95. Рекламная служба: 8-495-608-85-44.
Отдел изданий и распространения: 8-916-271-08-13.
Адрес редакции, издателя: ул. Гиляровского, д. 68, 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 7702394528, КПП 770201001, р/с 40702810338000085671, 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 № 17-11-00294 Тираж 23 976 экз. Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.

Корреспондентская сеть «МГ»:

Благоевский (4162) 516190; Брянск (4832) 646673; Кемерово (3842) 354140; Новосибирск 89856322525; Омск (3812) 763392; Самара (8469) 517581; Санкт-Петербург 89062293845; Смоленск (4812) 677286; Ставрополь 89288121625; Реховот, Хайфа (Израиль) (10972) 89492675.

Газета зарегистрирована Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор). Свидетельство о регистрации: ПИ № ФС77-65711 от 13.05.2016 г. Учредитель: ООО «Медицинская газета».

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