

Медицинская

10 февраля 2017 г.
пятница
№ 10 (7728)

Газета®

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

Тенденции

Рожать в мире и согласии

Такую обстановку намерены создать в столичных роддомах



Столичные акушеры-гинекологи в нынешнем году пройдут специальное обучение, которое будет ориентировано на бесконфликтное общение в учреждениях системы родовспоможения. Учёба будет проходить в симуляционном центре при городской клинической больнице им. С.П.Боткина Департамента здравоохранения Москвы. Об этом сообщил главный акушер-гинеколог департамента, профессор кафедры акушерства и гинекологии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова, профессор Александр Конопляников.

В симуляционном центре Боткинской больницы идут очередные занятия для акушеров-гинекологов

— Занятия будут вестись не только по сценарию «врач — пациент», но и «врач — врач» для более эффективного общения с коллегами, — отметил А.Конопляников. — В нынешнем году в рамках реформирования системы родовспоможения 132 женские консультации в Москве начнут работать в тесной связке с роддомами и станут едиными комплексами, — подчеркнул он.

После масштабного капитального ремонта откроются родильный дом ГКБ № 40 (ранее роддом № 5), родильный дом ГКБ им. С.И.Спасокукоцкого (ранее 27-й

роддом) и перинатальный центр на базе ГКБ № 67. Готовится и ещё одно нововведение: в ближайшее время практически во всех роддомах будет действовать интернет.

По словам А.Конопляникова, в минувшем году количество принятых родов в Москве достигло 137 тыс. В позапрошлом — 133,5 тыс. Значит, и в нынешнем году московских акушеров-гинекологов ожидает большая работа. А это добрый знак для столицы.

Яков ЯНОВСКИЙ.
МИА Сити!

Москва.



Валентина ЛАРИОНОВА,
профессор кафедры педиатрии с детской кардиологией Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И.Мечникова:

Экономическая безопасность существует тогда, когда общество развито, когда оно сильное.

Стр. 5

Сергей СКУДАРНОВ,
главный врач Красноярского краевого центра профилактики и борьбы со СПИДом, доктор медицинских наук:

Хорошо, когда правительство региона понимает особенности проблемы ВИЧ-инфекции. А если такого понимания нет?

Стр. 6



Владимир КУЗЬМИН,
профессор кафедры репродуктивной медицины и хирургии МГМСУ им. А.И.Евдокимова:

60-80% российских врачей назначают антибиотики для перестраховки.

Стр. 10-11

Решения

Цены на лекарства под госконтролем

Необходимо наладить контроль государства за ростом цен на лекарства, которые входят в список жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП). Об этом заявил координатор центра Общероссийского народного фронта по мониторингу качества и доступности здравоохранения, депутат Государственной Думы РФ Николай Говорин.

Как известно, недавно Президент России лидер ОНФ Владимир Путин дал Правительству поручение оптимизировать цены на жизненно необходимые лекарства. В частности, кабинету министров необходимо разработать и утвердить документ, устанавливающий правила для экономического анализа при регистрации цен на жизненно необходимые и важнейшие лекарственные препараты. Также президент требует перерегистрировать все цены на ЖНВЛП по новой методике.

После установления новых цен на ЖНВЛП глава государства поручил сравнить их с ценами, по которым эти же лекарства государство покупало ранее. Примечательно, что все материалы по аукционам, в которых стоимость медикаментов окажется выше вновь установленной, будут переданы в правоохранительные органы.

В том числе, В.Путин поручил Правительству РФ рассмотреть вопросы о возможности разделения аукционов на покупку непосредственно лекарств и услуги по их перевозке, а также о необходимости заключения госзаказчиками долгосрочных контрактов по новым ценам на ЖНВЛП в целях открытия их производства в России.

— Активисты ОНФ получают очень много информации, жалоб от граждан, касающихся роста цен на лекарственные препараты. Причём это кардиологические препараты, для лечения сердечно-сосудистых заболеваний, антибиотики и другие. Такие ситуации могут возникать в небольших посёлках, где одна аптека и люди вынуждены тратить большие средства на лекарства. Поэтому Президент РФ, лидер ОНФ, подписал поручение, которое демонстрирует актуальность этой проблемы. Должен быть налажен государственный контроль за ростом цен, — подчеркнул Н.Говорин.

Он добавил, что необходимо более чётко продумать систему государственных аптек: «Нужно выстроить такую сеть пунктов экономического класса, где бы граждане получали лекарства по невысоким ценам, особенно по препаратам, которые входят в список жизненно необходимых».

Павел АЛЕКСЕЕВ.
МИА Сити!

Москва.

Профилактика

Врачи приглашают... в троллейбус

В Абакане начал курсировать троллейбус, выполняющий «Рейс здоровья». В салоне пассажиров встречают врачи, которые рассказывают о профилактике гриппа и ОРВИ и о мерах индивидуальной защиты в период эпидемического подъёма. В том числе о необходимости здоровым, а уж тем более заболевшим людям, использовать в общественных местах медицинские маски. И не просто рассказывают, а раздают эти маски.

Хорошая, надо сказать, инициатива. Причём для бюджета здравоохранения региона не затратная. Очень важно объяснить россиянам, что стоимость маски — в пределах 10 руб., а расходы на лечение респираторной вирусной инфекции или гриппа выливаются в несколько тысяч.

Работа Хакасского республиканского центра медицинской профилактики, организовавшего эту

просветительскую акцию, заслуживает внимания и тиражирования. С сожалением приходится признать, что редко где сегодня встретишь социальную рекламу, которая рассказывала бы о пользе копейной медицинской маски. Зато рекламы дорогостоящих препаратов для профилактики и лечения «простуды» хоть отбавляй.

Елена ЮРИНА.

Абакан.

Новости

Электронные услуги
становятся привычными

В Астраханской области стала заметно расти популярность электронных услуг в здравоохранении. В прошлом году, по сравнению с 2015 г., востребованность их в регионе выросла примерно на 15%. За 2016 г. более 3,1 млн записей к врачу было проведено почти для 650 тыс. астраханцев. Кроме того, организованы новые каналы коммуникации – не так давно было запущено мобильное приложение «К врачу». По статистике, порядка 50% граждан, записываясь на приём через интернет, используют для этого смартфоны или планшеты.

В конце ушедшего года завершена интеграция электронной записи к врачу с обновлённым федеральным порталом государственных услуг – и это ещё одна возможность оперативно попасть на приём к доктору. Через обновлённый федеральный портал теперь можно записывать не только себя, но и членов семьи. Традиционные каналы также сохраняются – запись по телефону и непосредственно в медицинских организациях.

Анна ЛЮБЕЗНОВА.

Астраханская область.

Уступи дорогу!

Сотрудники Госавтоинспекции Омской области на днях провели рейд, в ходе которого проверяли, насколько уважительно и дисциплинированно водители относятся к своим коллегам, сидящим за рулём автомобилей «скорой помощи». Поводом для такой негласной проверки стали участвовавшие на российских дорогах инциденты с участием машин службы «03».

Главная цель мероприятия, которое было организовано в Омске, заключалась в «профилактике аварийности с участием автомобилей специального назначения и укреплении транспортной дисциплины водителей», – сообщили в Управлении ГИБДД. Кроме того, стражи порядка на дорогах попытались в очередной раз обратить внимание участников дорожного движения на проблему, связанную с непредоставлением преимущества в движении транспортному средству, имеющему на «борту» цветографические схемы, надписи и обозначения, и движущемуся с включённым проблесковым маячком синего цвета и специальным звуковым сигналом.

В течение всего дня за несколькими автомобилями скорой медицинской помощи были закреплены экипажи дорожно-патрульной службы, которые наблюдали за ситуацией на городских магистралях. Дополнительно по улицам передвигался автомобиль «скорой», в котором находились сотрудники Госавтоинспекции. Участники рейда убедились, что омские водители готовы предоставлять преимущество в движении автомобилям экстренных служб.

За время рейда только два водителя не уступили дорогу каретам «скорой помощи». С ними инспекторы ГИБДД провели профилактическую беседу.

Николай ВАСИЛЕВСКИЙ.

Омск.

Фарминдустрия продолжит богатеть

Динамика роста стоимости лекарственных препаратов, необходимых для лечения россиян, страдающих орфанными заболеваниями, хорошо видна на примере Томской области. Региональный Департамент здравоохранения предоставил сведения о том, как увеличиваются расходы областного бюджета на данную статью.

Если в 2013 г. на эти цели было израсходовано 29 млн руб., то в 2014 г. – уже 83 млн, в 2015 г. – 109 млн, ещё через год сумма почти достигла 148 млн. А в 2017 г. на лекарства и специализированное питание для пациентов с хроническими редкими заболеваниями в бюджете Томской области заложено без малого 170 млн руб.

При этом число самих больных росло, естественно, не такими быстрыми темпами. Сегодня в областном регистре пациентов с орфанными заболеваниями 80 взрослых и 77 детей. В качестве примера Департамент здравоохранения приводит историю томича, страдающего атипичным гемолитико-уремическим синдромом: ему по жизненным показаниям необходима терапия препаратом, один флакон которого стоит 364 тыс. руб., а цена годового курса лечения – 18,6 млн.

Как подчёркивает начальник Департамента здравоохранения Томской области Александр Холопов, и этот, и другие пациенты из регистра будут своевременно обеспечены жизненно необходимыми препаратами вне зависимости от того, насколько дорого эти лекарства нынче стоят.

Ольга ЕЛИНА.

Томск.

Концерт для маленьких пациентов

В онкогематологическом отделении Воронежской областной детской клинической больницы № 1 для маленьких пациентов состоялся концерт российско-британского трио – пианиста саксофониста Леонида Винцкевича, саксофониста и басиста Стива Кершоу.

Детей в этот день познакомили с миром джаза. Музыканты не только исполняли произведения, но также рассказывали об истории этой формы музыкального искусства.

После концерта у маленьких пациентов осталось очень много положительных эмоций. Пианист Л.Винцкевич отметил: «Без настоящей музыки просто не может быть нормальной жизни. Но главное, что она укрепляет здоровье. Я надеюсь, наша музыка поможет справиться детям с их проблемами».

Игорь УСТЮЖАНИН.

Воронеж.

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

Проекты

«Крылатая скорая» на взлёте

Но как для неё распределялись средства?

Красноярский край примет участие в федеральном приоритетном проекте по развитию санитарной авиации, который направлен на повышение доступности экстренной медицинской помощи для населения, проживающего в труднодоступных территориях. Проект предполагает, что к 2019 г. доля больных, нуждающихся в экстренной госпитализации и эвакуированных в медицинские организации в течение первых суток, увеличится до 90%.

Заявка Красноярского края на получение из государственного бюджета субсидии на оплату услуг авиакомпаний – аренду «медицинских» самолётов и вертолётов, их заправку топливом, оплату работы лётного состава – удовлетворена. На эти цели в 2017 г. край получит из федерального бюджета почти 172 млн руб.

Как поясняют в краевом Министерстве здравоохранения, предполагается увеличение количества вылетов санитарной авиации, чтобы доставить пациентов из труднодоступных и удалённых населённых пунктов края в специализированные медицинские центры в Красноярске, Ачинске, Канске, Минусинске, Лесосибирске и Норильске. Разумеется, речь идёт не просто о медицинском сопровождении больных, но и в случае необходимости об оказании им неотложной помощи непосредственно на борту «воздушного госпиталя».

Кроме Красноярского края, в 2017 г. субсидии на развитие санитарной авиации получат бюджеты ещё 33 субъекта Федерации. В общей сложности федеральный бюджет выделяет на это 3 млрд 300 млн руб. Соответствующее распоряжение Правительства РФ подписано 28 января 2017 г. Как сказано в тексте документа, объём необходимых для каждого субъекта Федерации финансовых средств рассчитан Минздравом России на основании заявок регионов, а те, в свою очередь, учитывали стоимость дежурства воздушного судна и стоимость лётных часов.

Из первых уст

Идёт активный поиск
онкозаболеваний

В преддверии Всемирного дня борьбы с онкологическими заболеваниями министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова посетила Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А.Герцена.

Она осмотрела отделения института, встретилась с молодыми учёными и врачами, которые не только оказывают помощь пациентам, но и занимаются исследованием молекулярно-генетических аспектов онкогенеза и терапии рака. Министр также осмотрела радиотерапевтический ускорительный комплекс.

Устройство было введено в эксплуатацию в феврале 2015 г. За это время на аппарате удалось прооперировать 190 пациентов. «В основном это злокачественные опухоли молочной железы и лёгких, но, кроме того, это опухоли головного мозга, лица, шеи, пред-



Срочный «медицинский» воздушный и наземный транспорт всегда готов прийти на помощь

В списке из 34 территорий, которым будет перечислена субсидия, есть регионы из всех федеральных округов, что справедливо. И всё-таки состав «счастливиц» и выделенные им суммы выглядят весьма странно. К примеру, там нет ни одной из республик Северного Кавказа. А наряду с такими огромными по площади территориями, как Республика Саха (Якутия), Чукотский автономный округ, Архангельская область и Республика Коми, где реально без крыльев к больному не всегда доберёшься, государство субсидирует санитарную авиацию в компактных республиках Калмыкии, Хакасии, Костромской и Тверской областях.

Что же касается собственно размеров выделенной материальной помощи, максимальную долю получила не самая крупная по территории Амурская область – более 1 млрд 100 млн руб., то есть третью часть общей суммы. В то же время на развитие санавиации самого большого по площади и с самой низкой плотностью населения из заявленных в проекте регионов – Чукотского автономного округа – госказна выделила только 154 млн руб.

Существенно больше денег (237 млн руб.) на данный проект получит Республика Бурятия, значительно уступающая Чукотке по площади и более густонаселённая. Архангельской области,

которая расположилась на площади 590 тыс. км² (что в полтора раза превышает территорию Бурятии), в качестве субсидии досталось лишь немногим больше 81 млн руб.

Одним словом, сам по себе федеральный проект по развитию санитарной авиации, бесспорно, важен, но логика его реализации не ясна. И, конечно, возникает вопрос, почему из 85 субъектов Российской Федерации только 34 вошли в список участников? Вероятно, все остальные либо не нуждаются в данном виде организации оказания медицинской помощи, либо самостоятельно справляются с его финансированием, чему можно только позавидовать.

Есть и третий вариант возможного ответа. Согласно тексту распоряжения Правительства, средний процент софинансирования закупки авиационной услуги из федерального бюджета составляет 87%. Следовательно, остальные 13% за работу медицинского авиатранспорта должен будет доплачивать регион. Не исключено, что в ряде субъектов РФ даже такой возможности в бюджете-2017 не нашлось, и потому сама затея с «крылатой скорой» оставлена здесь до лучших времён.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Красноярский край.

стательной железы самых разных локализаций. Мы планируем эту технологию развивать и распространять в разные регионы нашей страны», – рассказала министр.

В.Скворцова напомнила, что онкологические заболевания занимают второе место среди причин смертности населения. Именно поэтому проблеме онкопатологий в Российской Федерации уделяется особое внимание. Так, каждый регион из 85 субъектов РФ разработал свою дорожную карту по выявлению онкозаболеваний.

«Мы использовали расчётный показатель ВОЗ для онкологических заболеваний разных локализаций по численности населения и по особенностям его структуры. Это дало нам возможность составить целевые установки для активного поиска онкозаболеваний», – отметила В.Скворцова. – Эти сдвиги в раннем выявлении опухолей привели к тому, что частота смертей в первый год после начала болезни

у больных с выявленными патологиями снизилась до 26%. Это существенно ниже, чем показатели, которые мы имели несколько лет назад.

Министр также сообщила, что, по предварительным данным 2016 г., более 57% онкозаболеваний было обнаружено на ранних стадиях. По словам В.Скворцовой, показатель выявляемости на ранних стадиях увеличился на треть.

Раннее обнаружение онкологии многократно повышает шансы на выздоровление, положительно влияя на качество и продолжительность жизни. Именно поэтому в Российской Федерации была введена система «онкопоиск» – диагностическое обследование, которое позволяет определять первичные очаги раковых клеток.

Павел ЛЕОНИДОВ.

МИА Cito!

Москва.

Сотрудничество

Ядерная медицина привлекла японских инвесторов

Перспективы двустороннего сотрудничества между префектурой Хоккайдо (Япония) и Хабаровским краем обсудили в правительстве региона. Огромный блок вопросов касался, в частности, взаимодействия сторон в области здравоохранения, сообщили в правительстве региона.

– Сегодня между префектурой Хоккайдо и Хабаровским краем налажено тесное сотрудничество, – отметил в ходе встречи вице-губернатор префектуры Хоккайдо Ясухиро Цудзи. – Активно развивается торгово-экономическое взаимодействие, культурный и гуманитарный обмен. На новый

этап вышла работа в сфере здравоохранения. В рамках подписанного меморандума о сотрудничестве мы намерены продолжить взаимные студенческие обмены, научные и профессиональные стажировки преподавателей и молодых учёных между Университетом здравоохранения Хоккайдо и Дальневосточным государственным медицинским университетом.

В регионе в рамках государственно-частного партнёрства возведут центр протонно-лучевой терапии, где пациентов будут лечить с помощью тяжёлых заряженных частиц.

– Технология проработана, финансовая модель есть, – подчеркнул Александр Витько, министр

здравоохранения Хабаровского края. – Мы хотим, чтобы на Хабаровске было завязано всё здравоохранение Дальнего Востока.

Этим амбициозным проектом активно заинтересовались японские инвесторы. Сегодня они просчитывают варианты своего участия. Таких объектов в России пока нет, а в Японии опыт возведения подобных клиник существует. Компанией, которая помогала в реализации аналогичного проекта в Стране восходящего солнца, дала предварительное согласие на поддержку хабаровского проекта.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Хабаровск.

Акценты

В ручном режиме

Правительство РФ уделяет самое пристальное внимание всем сегментам отечественного фармацевтического рынка, в том числе и сегменту препаратов стоимостью до 50 руб., сообщил заместитель директора Департамента развития фармацевтической и медицинской промышленности Минпромторга России Алексей Алёхин, общаясь с представителями средств массовой информации в рамках участия в V Всероссийской студенческой фармолимпиаде. Мероприятие недавно прошло в подмосковном Орехово-Зуево.

По словам А.Алёхина, в настоящее время в качестве мер поддержки российских предприятий, выпускающих продукцию низкого ценового сегмента, используются все механизмы, предусмотренные законодательством РФ. Один из них – возможность перерегистрации цены на лекарственный препарат на уровень инфляции текущего и предыдущего годов – фактически в размере двойного уровня инфляции.

Некоторые отечественные компании успешно воспользовались данным инструментом, чтобы перерегистрировать цену на свои продукты.

– Что касается инструментов поддержки со стороны Минпромторга России, то министерство предоставляет субсидии на развитие научно-исследовательских и опытно-конструкторских работ, позволяя компаниям минимизировать свои издержки на исследования и

направить имеющиеся средства на иные производственные цели. Подобное решение стало выходом из сложной ситуации для многих российских предприятий. Однако, даже имея универсальные инструменты поддержки, ведомство практически в ручном режиме работает с производителями препаратов дешёвого ценового сегмента. Каждое такое предприятие мы знаем поимённо, – пояснил А.Алёхин.

Ранее Минпромторг России предложил разрешить производителям препаратов из Перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов стоимостью до 50 руб. повысить цену на эти препараты не более чем до 50 руб., ограничив рентабельность к себестоимости 30%. Также рассматривался вариант субсидирования производителей.

Ирина АНДРЕЕВА,
МИА Сити!

Москва.

Криминал

За взятки в особо крупном размере

Московский окружной военный суд вынес приговор трём бывшим руководителям 3-го Центрального военного клинического госпиталя им. А.А.Вишневого Минбороны России. Им назначено наказание в виде сроков лишения свободы и штрафов за получение взяток в крупном размере, которые взимались с пациентов за госпитализацию и лечение.

Суд приговорил бывших замначальника военного госпиталя им. А.А.Вишневого Сергея Свистунова к 9 годам колонии строгого режима с уплатой штрафа в размере 4 млн руб., начальника приёмного отделения того же медучреждения Аветиса Мелконяна к 3 годам и 6 месяцам колонии строгого режима и руководителя 54-го отделения госпиталя Дмитрия Мокрицкого к 5 годам лишения свободы с отбыванием наказания в колонии строгого режима с выплатой штрафа в размере 2 млн руб.

Расследование уголовного дела началось осенью 2015 г. после обращения сотрудников учреждения к Президенту РФ Владимиру Путину, которые обратили внимание на снижение качества оказания

медпомощи, и приход молодых, неквалифицированных кадров на место уволенных работников. При этом в обращении говорилось о том, что руководство госпиталя выписывает себе большие премии, а с военных и гражданских лиц, которые должны получать бесплатные медицинские услуги по государственному квотам, берёт от 150 до 300 тыс. руб.

По словам Д.Мокрицкого, деньги, взимавшиеся с пациентов, лечившихся по бесплатным квотам, поступали не в карман сотрудников госпиталя, а тратились на нужды всех его работников. Уже в ходе следствия к делу был привлечён их коллега – Мелконян, который сразу признался в получении взятки и написал явку с повинной.

Следствие установило, что в течение длительного времени фигуранты дела брали с пациентов от 50 до 350 тыс. руб. за госпитализацию и лечение. При этом на каждую медицинскую услугу военные чиновники устанавливали свои расценки.

Андрей ДЫМОВ,
МИА Сити!

Москва.

Ситуация

Роды на дому

По сообщениям средств массовой информации Кемеровской области, к женщине, у которой недавно ночью начались преждевременные роды, скорая помощь приехала... с трёхчасовым опозданием на вызов. Отмечается при этом, что семья проживает на той же улице, где расположена станция скорой помощи. В результате опоздания мужу заявительницы

пришлось самостоятельно принимать роды.

В медучреждении началась проверка. Главный врач подстанции уже уволен. Однако он далеко не единственный, кто будет отвечать за последствия. Младенец до сих пор находится в реанимации. Бригаде скорой помощи, которая ехала на вызов около трёх часов, придётся пообщаться с представителями прокуратуры.

Яна ГЛАЗКОВА,
МИА Сити!

Москва.

Санитарная зона

Дым от мусора опасен

Часть Новой Москвы, Подмосковные города Воскресенск, Солнечногорск, Наро-Фоминск и Электросталь оказываются в зоне загрязнения от четырёх мусоросжигательных заводов, строительство которых планируется рядом. Такие результаты получила международная экологическая организация Гринпис, проанализировав недавно утверждённую территориальную схему региона и приоритетный проект «Чистая страна».

В зоне загрязнения проживает более полумиллиона человек, подсчитали в Гринпис. Образующиеся при сжигании отходов диоксины могут распространяться на 24 км. В 5-километровой зоне риск заболеть раком у детей возрастает в два раза. В этой зоне оказывается много деревень.

Территориальная схема Московской области по обращению с отходами была утверждена в конце декабря 2016 г., говорится в сообщении Гринпис России. Документ предполагает строительство четырёх мусоросжигательных заводов общей мощностью 2,8 млн тонн в год. Это увеличит объём сжигаемого мусора в стране в 3 раза. Половину мусора будут привозить из Москвы. Заводы должны заработать с 2020 г., стоимость каждого оценивается в 250-300 млн евро.

Василий СЕРЕБРЯКОВ,
МИА Сити!

Московская область.

Угроза

На ловца не только зверь, но и болезнь бежит

Охота, как известно, пуще неволи. Но ведь именно в периоды охотничьего сезона высока вероятность заражения природно-очаговыми инфекциями, такими как туляремия, лептоспироз, псевдотуберкулёз, клещевые инфекции. Основным источником этих инфекций являются дикие и бродячие животные, обитающие в природе, а их переносчиками – блохи, клещи, слепни, которые вскоре проснутся с наступлением весеннего тепла.

Конечно, своевременное выявление очагов зооантропонозных инфекций имеет большое значение для проведения профилактических мероприятий, включая планирование вакцинации населения. Поэтому так актуальны исследования на природно-очаговые болезни диких животных.

В Прииртышье ежегодного специалисты филиалов Центра гигиены и эпидемиологии в Омской области проводят мониторинг, привлекая к этому активистов районных обществ охотников и рыболовов. Они помогают эпидемиологам собрать материал для лабораторных исследований. Так, в минувшем году, как сообщила заведующая отделом обеспечения эпидемиологического надзора



Ольга Михайлова, анализ сформированных проб выявил положительные результаты на туляремию у ондатры, водяной полёвки, норки, колонка. Положительными оказались результаты исследований гнёзд ондатры, а также помёта хищного млекопитающего.

Как сообщили в центре гигиены и эпидемиологии, в отличие от грызунов, насекомыхных и зайцеобразных хищные млекопитающие не имеют значения в циркуляции туляремии из-за малого накопления бактерий в крови и органах.

Это заболевание у них протекает бессимптомно. Заражение от них возможно лишь через загрязнённую ротовую полость при укусах. Однако стоит помнить о том, что хищники уничтожают эпидзначимых млекопитающих.

К примеру, по данным мониторинга, иерсиниоз выявлен у ондатр, норки, а также лисицы. Подтвердились пробы на псевдотуберкулёз у ондатр, листериоз был обнаружен у норки и ондатр, горностая и колонка, попавшимся охотникам.

Кроме того, в лаборатории Омского научно-исследовательского института природно-очаговых инфекций при исследовании на бешенство выявлены положительные результаты у двух лисиц.

О.Михайлова напомнила, что источниками инфицирования туляремией, листериозом и иерсиниозами могут стать заражённые продукты и вода. Заболевание туляремией и листериозом возможно и при вдыхании пыли, контаминированной возбудителем, и при контактах с заражёнными животными. Переносчиками туляремии являются комары.

Что же из этого следует? Конечно же, необходима серьёзная профилактика! Поскольку ликвидация природных очагов таких инфекций требует огромных затрат и в настоящее время не всегда осуществима. В первую очередь следует уничтожать грызунов в местах проживания человека и хранения продуктов. Ещё одна мера – применение репеллентов для отпугивания кровососущих членистоногих. Перед охотой и отдыхом на природе желательно сделать прививку от туляремии. Не рекомендуется купание в природных водоёмах региона, являющихся средой обитания водяной полёвки – основного носителя туляремии – и ондатры. Разумеется, нельзя забывать о соблюдении гигиены, даже когда охота складывается удачно. Потому что на ловца не только зверь бежит...

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

Правительство РФ сообщило о подписание распоряжения о присвоении федеральному государственному бюджетному учреждению «Евпаторийский военный детский клинический санаторий» Министерства обороны РФ имени председателя фонда «Справедливая помощь» Елизаветы Петровны Глинки.

Ей исполнилось бы 55 лет 20 февраля нынешнего года. Но этот день пройдёт на Земле уже без неё. Думаю, сотни тысяч людей вспомнят Доктора Лизу не только в день её рождения, но и много лет спустя. Ведь добро, которое она дарила людям, не может и не должно быть забыто. Сегодня трудно сосчитать, сколько человеческих жизней спасла эта женщина, рискуя своей собственной. Какое количество тяжелобольных детей, страдающих онкологическими и сердечно-сосудистыми заболеваниями, вывезла она из Славянска, Луганска, Донбасса. Скольким бы людям она могла ещё помочь... Но авиакатастрофа над Чёрным морем оборвала её жизнь и жизни всех, кто летел в тот день в Сирию с гуманитарной миссией.

Присвоение имени Е.Глинка евпаторийской здравнице не было случайным. Министерство обороны РФ таким образом отметило «особые заслуги в области медицинской реабилитации детей военнослужащих и других граждан России» данного коллектива. И если вдуматься, то главная, изначальная цель фонда «Справедливая помощь», которым руководила Доктор Лиза, и коллектива санатория едина: спасать жизни людей, дарить им надежду на то, что они рано или поздно победят тяжёлый недуг. Недаром, говорят, что любые «случайности» в нашей жизни предопределены свыше. Видимо, поэтому в 2014 г. судьба свела в Евпатории начальника санатория полковника медицинской службы Юрия Пономаренко, и Елизавету Глинку, члена Президентского совета по правам человека, председателя фонда «Справедливая помощь». Юрий Николаевич вспоминает, как в тот выходной день ему позвонили с просьбой прибыть в санаторий, чтобы встретиться с Доктором Лизой.

Наша коллеги

Сердце, открытое для чужой боли

Доктор Лиза: «когда ты работаешь на своём месте, твоя работа не кажется тяжёлой...»

– С первых минут нашего знакомства меня не покидало чувство, что я давно знаком с этой женщиной, – вспоминает он. – Столько в ней было открытости, доброты, желания помочь людям. Она попросила, чтобы я показал ей наш санаторий. Мы побывали в лечебно-диагностическом центре, в первом отделении, в основном корпусе, прошли по парку. Ей нравилось всё, она задавала вопросы, общалась с сотрудниками. Елизавета Петровна очень легко сходилась с людьми, умела их быстро расположить к себе. Мы говорили о возможностях дальнейшего сотрудничества.

Кстати, позже по её просьбе мы принимали на лечение двух детей (один из них был из Донбасса), нуждающихся в помощи наших специалистов. Но главной целью её посещения в тот день была просьба о помощи детям Донбасса. Я тут же поручил главной медицинской сестре санатория собрать деньги для приобретения необходимых медикаментов, подготовить перевязочный материал для фонда. Когда Елизавета Петровна увидела, что в коробках есть ещё и детское питание, и подгузники



для малышей, радости её не было предела. Она очень благодарила коллектив и говорила, что эта помощь бесценна.

Весть о крушении самолёта, в числе которых была и Доктор Лиза, болью отозвалась в сердце каждого россиянина. И тем более тех, кто был знаком с ней лично. Поэтому присвоение санаторию звания имени Елизаветы Петровны Глинки сотрудниками приняли с благодарностью и желанием

продолжать работать по её главным принципам человеколюбия и самоотверженного служения своей профессии.

Факты это подтверждают. Благодаря поддержке Министерства обороны РФ коллектив здравницы поднялся на новый качественный уровень оказания медицинских услуг: развивается уникальная система комплексной нейроортопедической реабилитации больных детским церебральным параличом, внедрены методики по эндопротезированию тазобедренного и коленного суставов у взрослых (в 2016 г. было сделано 28 операций по эндопротезированию), проведены 2 операции по артромедулярному шунтированию коленного сустава под артроскопическим контролем (их пока в Крыму почти никто не делает!). Всего в минувшем году в санатории было проведено 223 операции. Кстати, теперь у крымчан и россиян из других регионов появилась возможность проводить определённые виды лечения и медицинской реабилитации бесплатно, так как с 2016 г. санаторий включён в программу территориального фонда ОМС республики и города Севастополя.

– Мы гордимся тем, что здравница относится к третьему – са-

мому высокому уровню оказания медицинской помощи в России, – говорит начальник санатория Ю.Пономаренко. – В 2017 г. объёмы оказываемых услуг будут увеличены в три раза, мы сможем бесплатно по линии ОМС прооперировать 150 крымчан и провести 150 послеоперационных реабилитаций. Кстати, в санатории появится возможность и амбулаторного лечения по курсовке, в том числе по полису ОМС. Также планируем расширить показания для проведения реабилитационных мероприятий в условиях дневного стационара, начнём делать операции по артроскопии плечевого сустава и эндопротезированию 1-го плюснефалангового сустава. И, конечно же, будем продолжать все виды ортопедо-хирургического лечения.

Приятно работать в таком коллективе, где думают о перспективе, качестве, росте, об авторитете учреждения. Но теперь на сотрудниках санатория лежит особая ответственность: с честью нести по жизни имя Елизаветы Глинки. Доктора, который не просто всю свою жизнь был верен клятве Гиппократова, но завывил планку требовательности к себе до предела.

– Можно ли заставить человека трудиться с такой же самоотдачей в вашем учреждении? По-моему, это невероятно тяжело... – спросила я у Ю.Пономаренко.

– Заставить нельзя, но если сотрудник этого мнения не разделяет, то в нашем коллективе он просто долго не выдержит, – ответил Юрий Николаевич. – Работать у нас может только тот, чьё сердце открыто для чужой боли. Выхаживать людей, прикованных к инвалидным коляскам, вселять в них уверенность в победе над недугом, находить нужные слова для сирот, поверьте, дело непростое. Не первый год к нам на лечение приезжают суворовцы, многим из которых неведомо слово «мама». К сожалению, нет пока таких лекарей, которые заменили бы это слово...

Всем нам надо помнить о чём говорила Доктор Лиза: «Когда ты работаешь на своём месте, твоя работа не кажется тяжёлой».

Наталья ЮРИНА,
внест. корр. «МГ».

Крым.

Ориентуры

Место встречи — роддом

Этим врачам будущие мамы доверяют своё здоровье и здоровье своих детей

Пожалуй, нигде так близко не сходятся оценочные критерии количества и качества, как в показателях работы родильного дома. Прежде всего я имею в виду родовые сертификаты: количество этих «путёвок в жизнь» появляется там, где есть качество оказания медицинских услуг. Проще говоря, будущие мамы «голосуют ногами» именно за тот роддом, которому они доверяют не только своё здоровье, но и будущее – здоровье своих детей. И в этом смысле Кисловодский родильный дом – один из ярких примеров такого выбора: 60% родов здесь приходится на долю женщин из других регионов, в основном – из республик Северного Кавказа. Очень хорошо, что у людей наконец-то появилось право такого выбора. А почему они выбирают именно Кисловодск?

Галина Левченко, главный врач Межрайонного родильного дома города-курорта Кисловодска, кандидат медицинских наук, трудится в этом роддоме уже 30 лет и последние 25 из них возглавляет коллектив. «В своё время мне пришлось пережить и перестройку, и развал СССР. Вспоминаю дни, когда ничего не было, а если что и было, так это проблемы с медикаментами и питанием в стационарах, люди

месяцами не видели зарплату», – вспоминает о тех непростых временах Г.Левченко.

– Буквально второе рождение роддом пережил 6 лет назад, когда почти одновременно, одна за другой пошли две программы: Национальный проект «Здоровье» и модернизация здравоохранения, – продолжает вспоминать бывшее Галина Михайловна. – Мы провели капитальный ремонт акушерского и гинекологического

корпусов, закупили современное медицинское оборудование – в общей сложности служба родовспоможения значительно улучшила материальную базу. Будущих мам, наблюдающихся в женской консультации, мы сегодня на средства родовых сертификатов обеспечиваем бесплатными медикаментами, и вообще, всем необходимым.

Но прежде чем мы приблизимся к ответу на главный вопрос о том, почему роженицы едут именно сюда, необходимо небольшое отступление. Не секрет, что рождение ребёнка-инвалида тяжким бременем ложится и на родителей, и на государство, да и сам человек, таким вот образом обделённый судьбой, потом порою мучается всю жизнь. Можно ли ещё в чреве матери распознать недуг, несовместимый с жизнью вообще и с нормальной

жизнью в частности? Сегодня это возможно.

Вот что говорит заведующая женской консультацией роддома Ирина Жилыева: «Вообще существует несколько программ пренатального скрининга в рамках международной системы выявления хромосомных аномалий плода. Если определяется, что существуют признаки рождения заведомо нежизнеспособного ребёнка или глубокого инвалида, беременность можно прервать, чтобы сохранить здоровье мамы для рождения в будущем здорового ребёнка».

– Сегодня в нашем роддоме на 140 коек трудится 211 человек при штате в 362. В основном выходим из положения за счёт совместителей. Конечно, кадровая проблема есть, и в основном это касается врачей-неонатологов. Активно работаем со Ставро-

польским медицинским университетом – направляем на учёбу целевиков. Когда к нам приходят молодые специалисты, им есть у кого учиться. Эти люди – костяк коллектива, наша гордость: Галина Манучарова, заместитель главного врача по лечебной работе, Николай Печников, заведующий отделением анестезиологии и реанимации, Алексей Ерохин, заведующий гинекологическим отделением, Наталья Гордеева, главная акушерка.

О том, что эти люди – гордость коллектива, красноречиво свидетельствуют записи в книге отзывов и предложений Кисловодского родильного дома, которые невозможно читать без волнения: «Особая благодарность нашим милым добрым акушеркам! Спасибо за счастье, которое вы дарите нам – матерям! Спасибо за мою лапочку-дочку, которую я так сильно ждала! До новых встреч!»

Люди делятся самым сокровенным – историями о том, как у них появились дети... А это, наверное, самая высокая оценка работы медицинского коллектива родильного дома.

Рубен КАЗАРЯН,
соб. корр. «МГ».

Ставропольский край.

В Москве состоялась пресс-конференция на тему: «Обеспечение эффективного контроля за использованием государственных средств в науке и здравоохранении – основа экономической безопасности РФ». Участниками мероприятия были предложены различные механизмы по улучшению ситуации, сложившейся в связи с неэффективным расходованием средств в этих сферах. Не обошлось стороной и коррупционную составляющую данной проблемы.

В качестве одного из таких механизмов было предложено создание системы взаимодействия общественных и профессиональных сообществ со всеми ветвями власти, а также информирование населения о профорганизациях, корпусе экспертов, научных разработках и инновационных технологиях.

О наболевшем

– Острая необходимость проведения данной пресс-конференции уже назрела. Эта тема широко обсуждалась и политологами, и юристами, однако пришло время обсуждать её именно с позиции гражданского общества, профессиональных сообществ, общественных организаций. Дело в том, что существующие механизмы контроля за расходованием государственных средств, к сожалению, не работают, – этими словами начала пресс-конференцию Валентина Ларионова, доктор медицинских наук, президент Ассоциации специалистов в области молекулярной медицины, лабораторной и медицинской генетики им. Е.И.Шварца, член правления Российского общества медицинских генетиков, руководитель северо-западного отделения Межрегионального общества персонализированной медицины, профессор кафедры педиатрии с детской кардиологией Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И.Мечникова.

В ходе мероприятия было также отмечено, что проблемы в данном секторе приводят к тому, что начинает страдать всё население, поскольку наука и здравоохранение касаются практически каждого жителя нашей страны. Как известно, в настоящее время организовано множество информационных площадок, центров, созданы и продолжают создаваться профессиональные сообщества, где собраны ведущие специалисты страны, которые могут составить основу профессионального экспертного сообщества. Благодаря этому можно заранее, давая оценку какому-то проекту, явлениям, нивелировать многие негативные последствия, если не умалчивать, анализировать и доводить до общества.

Кроме того, в ходе дискуссии обсуждались контрольные функции государства в науке и здравоохранении. В частности, Оксана Александрова, заместитель директора Московского областного научно-исследовательского клинического института им. М.Ф.Владимирского, декан факультета усовершенствования врачей МОНИКИ, заведующая кафедрой организационно-правового обеспечения медицинской и фармацевтической деятельности, доктор медицинских наук,

государственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности (направлен на контроль за деятельностью юридического лица).

Однако встаёт вполне логичный вопрос: работают ли эти механизмы контроля за наукой и здравоохранением?

– Работают, причём очень активно, – отметила О.Александрова. –

от коррупции – это информирование. А именно: медицинская организация обязана предоставлять гражданам информацию обо всей медицинской помощи, которая должна быть оказана на бесплатной основе. В том случае, если это выполняется, пациент выбирает бесплатную медицинскую помощь, но если ему она не оказывается, тут можно говорить

человек Ироносков, специалист в области организации здравоохранения, сотрудник Института экспериментальной медицины Санкт-Петербурга, поделился своим мнением об эффективном использовании средств. Он отметил, что необходимо включить в это понятие несколько составляющих: планирование (консультации, обсуждение, экспертная

В центре внимания

Мост между властью и населением

О контроле за использованием государственных средств и коррупционной составляющей



профессор, отметила: «Прежде чем говорить о любом контроле за любыми финансовыми потоками, ресурсами, мы должны ответить на 3 вопроса: что мы готовы финансировать, сколько у нас денег и как мы будем это контролировать».

Нужна оптимизация

Поскольку эти вопросы нельзя назвать риторическими, далее были представлены ответы на них.

Что финансируется? Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющая объём медпомощи, которая должна быть предоставлена на безвозмездной основе.

Сколько выделяется денег? Недостаточное количество, так как нужен бесконечный объём финансовых ресурсов, чтобы проплатить любую медпомощь для гражданина, именно поэтому необходимо определить, что является первостепенным в этой сфере, какая именно помощь должна оказываться бесплатно.

Формы контроля: экспертиза качества медпомощи (направлена на процесс результата оказа-

но конкретная деятельность медицинских организаций в рамках такого контроля приводит к тому, что они находятся между двух огней: с одной стороны, должны соблюдать права граждан, с другой – медицинским организациям, так или иначе, приходится нарушать стандарты, клинические рекомендации, потому что, если они будут всё жёстко соблюдать, им не хватит финансовых потоков на год.

Медицинским организациям необходимо оптимизировать свою деятельность, ведь за её пределами остаётся бесплатное оказание медпомощи, поэтому растут платные медицинские услуги. Здесь требуется очень серьёзная работа по подсчёту. Безусловно, Федеральный фонд ОМС считает стоимость законченного случая, переводит на новые способы оплаты, даёт некоторую гибкость, но при этом всё равно в целом данная проблема остаётся. Права граждан практически не имеют ограничений, а финансовые ресурсы не безграничны.

Что касается коррупционной составляющей в здравоохранении, то, с точки зрения законодательства, главная защита

о коррупционной составляющей. Либо это незаконная платная услуга, либо это деятельность конкретного врача, который пытается иметь какие-то дополнительные доходы.

Кроме того, В.Ларионова добавила к сказанному О.Александровой, что наука должна быть плановой, необходимо создавать научные и медицинские кластеры, планировать научные исследования и формировать госзаказ.

– На основании анализа о том, что из себя представляет учреждение – основные его достижения до этого момента, состав ведущих учёных, врачей, соисполнителей, – можно реально формировать научные проекты. Кластер создаётся функционально на основании разумных решений, – отметила В.Ларионова.

Бытие определяет сознание

В ходе пресс-конференции Антон Орлов, доктор химических наук, профессор Санкт-Петербургского государственного технологического института (технического университета), продемонстрировал новую модель кластера, способного экономить государственные средства и бороться с коррупцией. «Мы разработали проект создания Федерального исследовательского биомедицинского центра с использованием имеющихся в Санкт-Петербурге ресурсов, – сказал А.Орлов. – И предлагаем единую цепочку: идея – изобретение – внедрение».

В рамках презентации был представлен полный и подробный план создания данного кластера, его цели, задачи, стратегии, функции, а также возможности тесной кооперации между различными институтами и организациями Санкт-Петербурга.

Резюмируя сказанное в ходе пресс-конференции, ещё один приглашённый участник, Вя-

чеслав Ироносков, специалист в области организации здравоохранения, сотрудник Института экспериментальной медицины Санкт-Петербурга, поделился своим мнением об эффективном использовании средств. Он отметил, что необходимо включить в это понятие несколько составляющих: планирование (консультации, обсуждение, экспертная

оценка), многогранный, всесторонний контроль, исключая, например, закупку оборудования, которая не соответствует требованиям сегодняшнего дня (в Санкт-Петербурге на данный момент имеется 16 ангиографов, хотя должно быть 6-7 из расчёта 1 ангиограф на 1 млн населения). В качестве дополнения О.Александрова и В.Ларионова представили свои предложения по поводу эффективного использования бюджетных средств: приведение в соответствие прав граждан и финансирования здравоохранения, детальное регулирование медицинских организаций (финансирование должно быть таким, чтобы организация себя окупала), совершенствование нормативно-правовых актов, контролирующих использование ресурсов, с чётким разграничением полномочий между этими органами и с чёткой выработкой критериев проверки. А также предоставление информации о профессиональных сообществах, которые есть в стране, о научных учреждениях с конкретной информацией (направление научных исследований, печатные работы, которые имеются у сотрудников института, ведущие специалисты, различные внешние работы), чтобы были видны функциональные связи, которые уже есть на этот момент, наличие списка оборудования, его степень загрузки.

– Экономическая безопасность существует тогда, когда общество развито, когда оно сильное, – в заключение отметила В.Ларионова. – Когда в обществе есть новые технологии, кадровые ресурсы, научный кадровый потенциал, хорошо работает система образования и мы можем создавать инновационные продукты и двигаться вперёд.

Диана БУЙНОВСКАЯ,
корр. «МГ».

Москва.

Итоги

Спектр инфекционных заболеваний, которые гуляют по российским просторам, довольно широк. Даже единичные случаи появления особо опасных инфекций, не говоря уже о массовых вспышках и эпидемиях, вызывают серьёзную озабоченность у врачей.

А потому можно понять медиков, когда, подводя итоги очередного отчётного периода, они с облегчением констатируют, что их подведомственную территорию обошла стороной та или иная болезнь. Вот и специалисты Роспотребнадзора по Омской области, анализируя данные минувшего года, с удовлетворением сообщили, что в регионе «не регистрировались брюшной тиф, дифтерия, краснуха, корь, полиомиелит, эпидпаротит, столбняк, геморрагические лихорадки».

Инфекции не дают расслабиться...

Многое, как всегда, зависит от личной гигиены

И всё же инфекции остаются одной из основных причин нездоровья омичей. За 2016 г. в Прииртышье было зарегистрировано 433 тыс. случаев инфекционных заболеваний, включая грипп и ОРВИ. Кстати, уровень заболеваемости гриппом и ОРВИ в этом регионе в прошлом году составил 18 966,7 на 100 тыс. населения, что ниже уровня 2015 г. в 1,04 раза. Но при этом было зафиксировано 377 случаев гриппа, что выше, чем в 2015 г. в 1,6 раза. Все случаи подтверждены результатами лабораторных исследований.

Как сообщает Роспотребнадзор, в 2016 г. по сравнению с предыдущим годом отмечено снижение уровня заболеваемости по таким нозологическим формам, как дизентерия – в 1,5 раза, острый вирусный гепатит С – в 1,4, менингококковая инфекция – в 1,3, ВИЧ-инфекция – в 1,1, сифилис – в 1,3. Непростая ситуация сохраняется с заболеваемостью острым вирусным гепатитом А (ВГА). По данным ведомства, в 2016 г. в Омской области было зарегистрировано 73 случая ВГА. Показатель заболеваемости по региону – 3,69 на 100 тыс.

населения – сохранился на уровне 2015 г. Однако настораживает тот факт, что 61 случай ВГА был выявлен в областном центре и показатель заболеваемости – 5,2 на 100 тыс. населения – оказался в 1,3 раза выше, чем в предыдущем периоде.

Кроме того, по данным территориального Роспотребнадзора, отмечен рост заболеваемости внебольничными пневмониями, энтеробиозом, который, к слову, в структуре паразитарной заболеваемости населения Омской области занимает ведущее место (на его долю приходится около

65% от всех случаев паразитарных болезней), а также сальмонеллёзами. За 2016 г. на территории Прииртышья зарегистрировано 332 случая заболевания населения сальмонеллёзами. Утешает то, что обошлось без вспышек болезни. К сожалению, вакцины, способной уберечь от подобной опасности, на сегодняшний день ещё не разработано, и в борьбе с этим недугом главным средством профилактики, как это ни банально звучит, является личная гигиена.

Николай ВАСИЛЕВСКИЙ,
МИА Сити!

Омская область.

По мнению представителей экспертного сообщества диссертационный совет первого медицинского университета страны пропустил диссертацию, не отвечающую канонам доказательной медицины.

Проблемы, связанные с применением разработанного в России препарата Диаскинтест®/ДСТ, давно обсуждаются медицинским экспертным сообществом. Минздрав России издаёт приказы, регламентирующие широкое внедрение метода в практическую медицину: приказ Минздравсоцразвития РФ № 855 от 29.10.2009 «Рекомендации по применению аллергена туберкулёзного рекомбинантного в стандартном разведении (раствора для внутрикожного введения)», приказ № 951 от 29.12.2014 «Об утверждении методических рекомендаций по совершенствованию диагностики и лечения туберкулёза органов дыхания», проект приказа «Об утверждении порядка и сроков проведения профилактических медицинских осмотров граждан в целях выявления туберкулёза».

Однако ряд специалистов считают, что применение ДСТ для скринингового обследования детского населения нанесёт урон раннему выявлению (препарат не выявляет ранний период инфицирования МБТ в 96%) и своевременной диагностике активного туберкулёза (тест остаётся отрицательным почти в 20% случаев заболевания).

В середине декабря в Первом медицинском Московском государственном университете им. И.М.Сеченова состоялась открытая защита кандидатской диссертации фтизиатра Ставропольского краевого клинического противотуберкулёзного центра Натальи Моисеевой «Аллерген туберкулёзный рекомбинантный как скрининг-метод ранне-

Точка зрения

Бездоказательная медицина

В основе управленческих решений лежат методологически слабые исследования



В.Аксёнова (слева) и И.Довгалоук

го выявления туберкулёза у детей и подростков при массовых профилактических осмотрах». Диссертация, получившая 5 отрицательных отзывов представителей экспертного сообщества и ряд серьёзных претензий непосредственно в ходе защиты, была одобрена. Из 16 членов диссертационного совета против проголосовали 4.

В проведённом под руководством профессора В.Аксёновой диссертационном исследовании сравнивались различные методики диагностики туберкулёза – проба Манту (ПМ) и Диаскинтест (ДСТ),

предлагаемый для замены пробы Манту при скрининге детей на туберкулёз. По утверждению Н.Моисеевой, результаты исследования явились основанием для разработанных Минздравом России приказов.

Неофициальные оппоненты сошлись во мнении об отсутствии в диссертационной работе научной новизны, поскольку «...метод скрининга на туберкулёз с использованием ДСТ был предложен, описан и даже закреплён в нормативно-методических документах Минздрава России до проведения

диссертационного исследования Н.Моисеевой...».

Представленное в исследовании сравнение эффективности 2 методов скрининга некорректно считают профессора: Е.Овсянкина (Центральный НИИ туберкулёза), И.Михеева (Центральный НИИ эпидемиологии), М.Шилова (член диссертационного совета, крупный учёный и организатор в области эпидемиологии и организации противотуберкулёзной помощи), В.Кривохиж (заведующий кафедрой фтизиатрии СПбГПМУ), К.Пучков (ЦДКБ ФМБА России), Е.Бородулина (заведующий кафедрой фтизиатрии СамГМУ), поскольку проводилось в разные периоды времени (ретроспективно для ПМ и проспективно для ДСТ), на разных когортах детей, с помощью различных методов скрининга и дообследования. Так, например, при обследовании детей, отобранных с помощью ПМ, использовался метод обзорной рентгенографии, а детей с положительным ДСТ – метод компьютерной томографии, который обладает значительно большей чувствительностью. Методология сбора данных является неправильной, а полученные автором диссертации результаты нельзя признать научно обоснованными и объективными.

Таким образом, по мнению ряда фтизиатров и эпидемиологов, представленное в диссертации исследование и его выводы не соответствуют стандартам доказа-



М.Шилова

тельной медицины и не содержат новых практических рекомендаций, а ведь речь идёт об обследовании детей на одно из самых опасных инфекционных заболеваний.

Остаётся слабая надежда, что (экспертный совет) ВАК не проштампует формально решение диссертационного совета, а внимательно изучит ход защиты, отрицательные выступления членов диссертационного совета, а также присланные негативные отзывы.

<http://www.mma.ru/articles/175099>

Публикуется на правах рекламы.

Острая тема

Тема «Эпидемия ВИЧ/СПИД – вызов российской науке», которую вынес на обсуждение академического сообщества руководитель Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом академик Вадим Покровский (см. «МГ» № 3 от 18.01.2017), требует продолжения.

Очевидно, что не только от степени наших научных знаний о вирусе иммунодефицита, но и от того, как мы умеем этими знаниями распорядиться, зависит скорость нарастания эпидемии. Чтобы противостоять распространению ВИЧ, примерно три десятилетия назад во всех развитых странах мира стали создавать «системы сдержек и противовесов». В своём выступлении академик В.Покровский привёл в пример страны Европы, где по сей день действуют высокоэффективные, по его оценке, программы профилактики ВИЧ-инфекции, особое место в которых занимают просветительские проекты для населения в целом и адресная работа с группами высокого ВИЧ-риска, в частности, наркоманами. И это уже не говоря о высоком охвате больных европейцев противовирусной терапией.

В нашей стране система «Анти-ВИЧ» изначально представляла собой сеть региональных центров по профилактике и борьбе со СПИДом, а также федеральный центр. Определённые обязанности возлагались и на службу санэпиднадзора. Каждое звено в этой цепочке, согласно нормативным документам, играло свою роль: работа с населением и медицинскими работниками по профилактике заражения ВИЧ, методическое сопровождение деятельности учреждений здравоохранения в плане ВИЧ-настороженности, диагностика инфекции и лечение заболевших, эпидемиологический надзор и контроль, сбор статистических данных и их анализ.

Со временем отечественная «система сдержек и противовесов» начала видоизменяться, и, судя

Как-то всё неясно...

Почему мы буксуем, пытаюсь остановить распространение ВИЧ в России?

по тому, что распространение ВИЧ в России не удаётся остановить, она начала давать сбои. В выступлении перед членами президиума Российской академии наук руководителем Федерального научно-методического центра по борьбе и профилактике СПИД не был представлен анализ эффективности работы этой системы в её нынешнем виде, поскольку к теме «ВИЧ и наука» это не имеет прямого отношения. Между тем необходимость в таком анализе есть, считают в Красноярском краевом центре профилактики и борьбе со СПИДом.

Для начала несколько цифр. Из 22 субъектов Российской Федерации, которые в первой половине 2016 г. опережали всех по показателю заболеваемости (за полгода здесь было зарегистрировано наибольшее количество новых случаев ВИЧ-инфекции на 100 тыс. населения), 8 – регионы Сибирского федерального округа. В списке территорий, наиболее поражённых вирусом (где зарегистрировано максимальное число людей, живущих с ВИЧ, на 100 тыс. населения), 6 из 21 – сибирские: Иркутская, Кемеровская, Новосибирская и Томская области, Алтайский и Красноярский края.

Такое уверенное лидерство СФО в антирейтинге по поражённости ВИЧ-инфекцией специалисты объясняют тем, что в своё время старт распространению вируса в нашей стране дала инъекционная наркомания, и именно через сибирские регионы шли основные наркотрафики из стран Средней Азии. По словам заместителя главного врача Красноярского краевого центра профилактики и борьбы со СПИДом Татьяны Бородиной, сейчас ситуация и в стране в целом, и в СФО меняется, но не в лучшую

сторону: в эпидпроцесс оказались вовлечены социально благополучные граждане, причём не юного, а зрелого возраста.

– Как и в большинстве субъектов РФ, в Красноярском крае растёт доля полового пути передачи ВИЧ-инфекции. Данное обстоятельство выводит в ранг первостепенного уже не клиническое, а профилактическое направление. И в этом отношении нельзя не согласиться с выводами и предложениями руководителя Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом во время его выступления на президиуме РАН. Также мы хотим поддержать академика В.Покровского в том, что зависимость России от поставщиков противовирусных препаратов действительно слишком велика, а высокая стоимость этих препаратов не позволяет нам полностью обеспечивать высокоэффективной терапией всех нуждающихся и тем самым уменьшить влияние носителей вируса на распространение инфекции в среде здоровых людей. Поэтому мы возлагаем большие надежды на применение инновационных технологий при разработке отечественных препаратов. Не дженериков, а именно оригинальных лекарств. Это – один из двух возможных путей снизить циркуляцию вируса в российской популяции, – уверена Т.Бородина.

В то же время, считают красноярские специалисты, необходимо пересмотреть саму организацию работы по противодействию ВИЧ-инфекции в стране и максимально чётко определить роль и полномочия региональных центров СПИД. В настоящее время, согласно порядку, утверждённому Министерством здравоохранения РФ, медицинская помощь населению при заболевании, вызываемом вирусом

иммунодефицита, оказывается медицинскими организациями, подведомственными Минздраву России, а организационно-методическое руководство осуществляется Федеральным центром СПИД, который находится в системе Роспотребнадзора.

– В сложившейся ситуации региональные центры подведомственны органам исполнительной власти субъектов РФ. И хорошо, когда правительство региона понимает особенности проблемы ВИЧ-инфекции. А если такого понимания нет? Тогда центр СПИД становится одним из отделений инфекционной больницы, и тема ВИЧ теряется в огромной массе иных инфекционных патологий, чего быть не должно. Так, читинский Центр по профилактике и борьбе со СПИДом присоединили к Краевой инфекционной больнице. Та же участь постигла новосибирский центр. Это тревожная тенденция, – считает главный врач Красноярского краевого центра профилактики и борьбы со СПИДом доктор медицинских наук Сергей Скударнов.

Ещё один аспект, которого вскользь коснулся в своём выступлении академик В.Покровский – ятрогенный путь ВИЧ-инфицирования. По его словам, данный путь передачи вируса статистически не критичен. А красноярские специалисты убеждены, что не следует приносить значение внутрибольничного пути заражения в эпидпроцессе. Хотя репутации российского здравоохранения такие доказательства, конечно, не на пользу, проводить расследования и выявлять все эпизоды ятрогенного заражения вирусом крайне необходимо с целью профилактики повторения подобных ЧП.

В настоящее время обязанность по организации расследований

случаев внутрибольничного ВИЧ-инфицирования возложена на Роспотребнадзор. Причём, согласно регламентам, надзорное ведомство должно проводить эпидрасследование совместно со специалистами центров СПИД.

– Давайте признаем, что у центров СПИД значительно больший, чем у Роспотребнадзора, опыт работы с вирусом и с инфицированными пациентами, мы умеем найти путь заражения и источник инфекции. На наш взгляд, необходимо расширить полномочия центров СПИД в части эпидрасследований и закрепить эти полномочия в федеральных нормативных актах. Пока их нет, мы на региональном уровне подготовили проект регламента взаимодействия территориального Управления Роспотребнадзора и Министерства здравоохранения Красноярского края при проведении эпидемиологического надзора и мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции на территории. В документе определена роль каждой из сторон в расследовании случаев внутрибольничного заражения ВИЧ, – продолжает С.Скударнов.

По мнению моих собеседников, учитывая, что ситуация с ВИЧ-инфекцией в нашей стране грозит выйти из-под контроля, существующую систему региональных центров СПИД надо не просто сохранять, а укреплять её и ставить во главу всей работы по противодействию распространения вируса иммунодефицита. Они также видят необходимость в разработке пакета документов, где было бы чётко сказано, какое место занимают в системе противодействия ВИЧ-инфекции федеральный и региональные центры СПИД, какова их соподчинённость, каковы возможности и обязанности центров СПИД в работе по мониторингу, эпидемиологическому надзору и расследованию случаев ВИЧ-инфицирования в территориях.

Елена ОКТЯБРЬСКАЯ.

Красноярск.

Есть шанс, что в России появится Национальная противораковая программа. Её разработка наконец-то стартовала. До финишной прямой ещё очень далеко, но начало положено, и в июне 2017 г. на IX съезде онкологов России профессиональное сообщество будет обсуждать проект программы.

– Мы движемся вперёд уже не шагом, а бодрой рысью, – так охарактеризовал ситуацию вокруг создания Национальной противораковой программы главный онколог Минздрава России, директор Российского онкологического научного центра им. Н.Н.Блохина, академик РАН Михаил Давыдов, выступая на прошедшем в Москве ежегодном Форуме общественной организации «Движение против рака».

Создаваемая программа будет иметь ряд важных особенностей. Во-первых, она будет аккумулировать лучший опыт регионов по организации оказания онкологической помощи. Во-вторых, Программа должна изначально строиться на принципах сбалансированного подхода в отличие от тех государственных целевых программ в сфере здравоохранения, которые реализовались до сих пор и каким-то образом затрагивали онкослужбу. Тогда инвестиции направлялись в основном на приобретение диагностического оборудования. Без него, конечно, не обойтись. Но инвестиции должны быть всеобъемлющими: и в подготовку кадров для онкослужбы, и в техническое оснащение профильных учреждений, и во внедрение новых медицинских технологий, и в лекарственное обеспечение онкобольных.

Одна из самых глобальных проблем в российской онкологии – дефицит финансирования. Расходы на оказание онкологической помощи в РФ в два раза ниже, чем в Польше, и в 8 раз, чем в Германии. В частности,

Перспективы

Не сойти бы опять на шаг...

Важно сохранить высокий темп создания российской противораковой стратегии

на лекарственное обеспечение онкобольных расходы в РФ на 25% ниже, чем в Польше, и в 7 раз ниже, чем в Германии.

– Нужно ли это комментировать? Наверное, нет. Но сказанное вовсе не означает, что российская онкология стоит на месте и отстаёт от мировой. Несмотря на существующие проблемы, мы продолжаем интенсивно работать, создаём шедевры хирургии, которые мало кто в мире может повторить, а некоторые вообще никто не может повторить, – напомнил главный онколог страны. И с ним нельзя не согласиться.

Академик М.Давыдов и его единомышленники уже много лет прилагают усилия к тому, чтобы в России была сформирована Национальная противораковая программа. Интересно, а в других странах национальные онкологические программы проходили такой же сложный путь рождения, там тоже в роли драйвера выступало не государ-



ство, а сообщество пациентов и сообщество врачей, или Россия в этом смысле демонстрирует «уникальный» опыт? На этот вопрос корреспондента «МГ» директор РОНЦ им. Н.Н.Блохина ответил так:

– «Уникальный» опыт нашей страны в данном случае обусловлен объективными причинами. Две страны на постсоветском пространстве разработали и реализуют национальные противораковые программы – республика Казахстан и Беларусь. Нетрудно себе представить масштабы

Белоруссии, отсюда – высокий уровень централизации, в том числе здравоохранения. В России ситуация значительно сложнее. Прежде всего, это гигантская территория, что осложняет управляемость. Далее, коль скоро, в соответствии с законом о разграничении полномочий между федеральным центром и субъектами РФ, система медицинской помощи населению стала сферой ответственности региональных властей, мы получили здравоохранение, напоминающее лоскутное одеяло. Разные

регионы имеют разный уровень финансирования онкологических учреждений, их технической оснащённости и кадрового обеспечения. А функции организационно-методического руководства, приданные федеральным онкологическим центром, на самом деле условные.

Один пример: в Якутии возможности по оказанию онкологической помощи практически нулевые. Пять или шесть лет назад я проводил там конференцию, совместно с руководством

республики мы приняли решение и разработали программу создания республиканского онкологического центра, утвердили её в Правительстве РФ и... всё остановилось ещё на несколько лет. И подобных примеров достаточно.

Для России формирование единой государственной противораковой программы – чрезвычайно сложная задача. С учётом всех наших особенностей, национальная программа будет вбирать фрагменты региональных программ, в ней будет консолидирован лучший опыт территорий по решению той или иной задачи. Предстоит долгая этапная работа, в один заход её не выполнить. Думаю, окончательное формирование программы займёт 10-15 лет.

А что можно сделать уже сегодня, до принятия программы, в существующих финансовых условиях, чтобы повысить эффективность онкологической помощи больным? Мы можем и должны сосредоточиться на раннем выявлении рака. Львиная доля онкозаболеваний – опухоли органов ЖКТ, опухоли лёгкого, опорно-двигательного аппарата – при выявлении их на ранних стадиях пациенты могут излечиваться хирургическим путём. Сто тысяч больных, умирающих в России в течение первого года после выявления рака, – это показатель низкой эффективности работы диагностической службы.

* * *

Очень важно, чтобы проект Национальной противораковой программы нашёл поддержку в Минздраве России, а ещё важнее – в тех министерствах, которые являются распорядителями государственного бюджета. Одним словом, чтобы начавшийся процесс совершенствования системы онкопомощи в нашей стране опять не перешёл с бодрой рыси на медленный шаг.

Ирина ЮРЬЕВА.

Ситуация

Спустя двести с лишним лет со времени появления гомеопатии, наука – в данном случае российская – поставила целью окончательно доказать ненаучность метода лечения сверхмалыми дозами различных веществ. Так посчитали члены Комиссии по борьбе с лженаукой и фальсификацией научных исследований при президенте РАН, опубликовавшие 6 февраля 2017 г. Меморандум о лженаучности гомеопатии.

Авторы меморандума не настаивают на том, что гомеопатия как явление должна быть категорически запрещена в нашей стране, но предлагают существенно ограничить рамки её применения и строжайше регламентировать производство и продажу гомеопатических препаратов (кстати, согласно данным аналитической компании QuintilesIMS, которые приводит газета «Коммерсантъ», в 2016 г. в аптеках Российской Федерации было продано 21,8 млн упаковок гомеопатических препаратов на 7,32 млрд руб. Рост выручки за год составил 5,6%).

Документ вызвал далеко не однозначную реакцию. Своё отношение к содержанию меморандума уже высказали



представители Министерства здравоохранения РФ, Федеральной антимонопольной службы, Совета Федерации, Общественной палаты. Тональность комментариев, в

основном, сдержанная, звучат предложения не принимать опрометчивых решений в отношении гомеопатии, а организовать межведомственную комиссию, которая рассмотрела бы содержащуюся в меморандуме информацию беспристрастно.

По просьбе «МГ» свою точку зрения на данное событие высказал академик РАН заслуженный деятель науки РФ Сергей Колесников:

– Насколько мне известно, на заседании комиссии РАН по лженауке содержание меморандума не обсуждалось, поэтому публикация данного документа не может считаться выражением мнения всей комиссии и тем более мнением Российской академии наук. С большинством учёных-медиков, членов комиссии РАН

по лженауке – а я тоже один из них, – этот скороспелый релиз не был согласован, его появление стало для нас полной неожиданностью. Исходя из этого, данный документ может расцениваться исключительно как коллективное письмо обеспокоенных ситуацией некоторых медиков и представителей общественности, но не как точка зрения Российской академии наук. И трактовать появление меморандума как позицию РАН – а именно так подаются случившиеся многие российские СМИ, – по меньшей мере, некорректно.

Удивляет также перечень экспертов, поставивших подписи под меморандумом: большей частью это люди, не имеющие отношения ни к медицине, ни к комиссии РАН по лженауке,

есть среди них лоббисты «большой фармы». Таким образом, меморандум отражает только одну точку зрения, а это не соответствует взвешенному научному подходу. Осмелюсь предположить, что появление меморандума о лженаучности гомеопатии может быть вызвано, в том числе, интересами фармацевтических компаний.

Считаю, что появление документа, который не был обсуждён всеми членами комиссии по лженауке, на сайте этой уважаемой организации при президиуме РАН – серьёзная ошибка, и она может нанести ущерб репутации Российской академии наук.

Подготовила
Елена БУШ,
корр. «МГ».

Гомеопатия в России: быть или не быть?

Снова идёт речь о её лженаучности

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 10 (2040)

52-летняя женщина была осмотрена в пульмонологической клинике, где при проведении МРТ-исследования молочных желёз у неё был обнаружен односторонний плевральный выпот (ПВ). Больная проходила ежегодную МРТ с 39 лет, так как в её семейном анамнезе имеются случаи рака молочной железы: у матери в 60 лет диагностировали двустороннюю лобарную карциному в обеих молочных железах; у бабушки по матери в 70 лет – рак молочной железы; у кузины по матери – рак молочной железы на четвёртом десятке лет. В 20-летнем возрасте женщине была проведена операционная биопсия и выявлена фиброаденома молочной железы и в 33 года – фиброкистозные изменения в этом же органе. За 10 лет до последнего обращения у неё отмечалась одышка после эсплоративной лапаротомии, произведена прямая цистэктомия на правом яичнике с удалением 3 мм массы придатка; при гистологическом исследовании выявлена геморрагическая киста жёлтого тела.

По поводу симптома одышки была выполнена ЭКГ и КТ обеих нижних конечностей и грудной клетки из-за подозрения на венозную тромбоэмболию. Подозрение не подтвердилось. За несколько недель до обращения у больной была травма грудной клетки справа во время катания на лыжах.

При обследовании не было отмечено одышки, ортопноэ, кашля или свистящего дыхания, но отмечались перемежающиеся и быстро переходящие ощущения затруднённого дыхания и учащённого сердцебиения после приёма пищи до полного насыщения. Больная не испытывала дискомфорта в грудной клетке, но отмечала таковой в области шеи с правой стороны сзади в течение нескольких недель. Каких-либо конституциональных, кардиологических, скелетно-мышечных, ревматологических или неврологических симптомов не было.

В анамнезе: кесарево сечение (остановка прохождения плода по родовым путям и хориоамнионит), в последующем двое родов прошли естественным путём; энтеропитиальная неоплазия шейки матки (экссцизия электрохирургической петлёй); герпес-вирусная инфекция полости рта; суправентрикулярная тахикардия, лёгкий гастроэзофагальный рефлюкс, небольшая диафрагмальная грыжа и мышечные фасцикуляции, парестезию (11 лет назад диагностированную неврологом). Больная находилась под обычным онкологическим скринингом, у неё были нормальная картина по результатам эндоскопии и нормальные мазки по Папаниколу в течение предшествующих 6 месяцев. Принимала валицикло-вир при наличии показаний. В прошлом отмечалась аллергия на латекс, выражавшаяся в кожных реакциях, и на сульфаниламидные препараты, вызывавшие сыпь.

Больная давно прекратила курение и никогда не принимала запрещённых препаратов. Алкоголь употребляла редко. Работает врачом-исследователем, живёт с мужем. Имеет трёх здоровых дочерей. Её семья владеет фермой в штате Новая Англия, где раньше она работала в течение лета. В доме две собаки; никогда не имела контакта с химическими веществами. Ездил в Африку и Китай, где посетила резервацию панд. Кроме семейного анамнеза по раку молочной железы среди родственников были: у отца – рак простаты, у кузена по отцу – лимфома, у бабушки по отцу – рак толстой кишки. Среди многочисленных родственников по линии отца и матери были больные раком пищевода, желудка, почек, лёгких и слюнных желёз. Кроме того, у матери больной диагностирован остеопороз и узлы в щитовидной железе, у её отца – вентрикулоперитонеальный шунт для нормализации давления в связи с гидроцефалией, у прабабушки по отцу – болезнь Паркинсона, у одной из сестёр – септальный порок сердца, не требовавший операции, у другой – киста парашитовидной железы и у третьей – аденоматозный полипоз толстой кишки.

При обследовании в пульмонологической клинике: пульс 74/мин, АД 117/56 мм рт.ст., ЧД 16/мин., оксигенация крови 98%. Отклонений в статусе, включая лёгкие, не было выявлено. Метаболический профиль,

клинический анализ крови, профиль липидов, показатели функции печени в норме. Показатели спирометрии и диффузионной способности лёгких были также в норме. Представлен рентгеновский снимок, выполненный прежде. Выявлен выпот в правой плевральной полости, который был впервые отмечен при МРТ, выполненном 14 лет назад. В пульмонологической клинике проведено МРТ с контрастированием: сохранялся

Пожилая женщина с плевральным выпотом и опухолью яичника. Клинический разбор

небольшой выпот справа без утолщения плевры или узелковых образований. Обнаружены небольшие, менее 1 см в диаметре, узелки, которые оставались неизменными в течение 5 лет представляющие собой не кальцинированные гранулёмы или интрапаренхимальные лимфатические узлы. Лёгочные поля были нормальными и не имели признаков рака.

На рентгенограмме, выполненной больной в положении лёжа, видны следы плевральной жидкости в правой половине грудной клетки и в малой междолевой щели. Количество плевральной жидкости было небольшим, для взятия её за образец, но серия срезов показала признаки стабильности и отсутствие признаков рака. Решили провести повторное исследование через 8 недель.

При последующем наблюдении обнаружено появление плеврального выпота (ПВ), маточного кровотечения, объёмное образование в малом тазу, отмечались проблемы с мочеиспусканием и диспареуния. С учётом данных анамнеза о том, что у больной в прошлом было опухолевое образование в яичнике и отягощенный онкологический

семейный анамнез, было принято решение о дополнительном визуальном обследовании.

УЗИ малого таза показало наличие солидного гипоехогенного объёмного образования впереди матки, размером 9,9 см в большем диаметре. В левом яичнике обнаружена небольшая простая киста, правый яичник не определялся. На МРТ-грамме было видно, что объёмное образование в малом тазу контактирует с правой широкой связкой, но не с маткой. Дополнительные находки включали умеренный объём свободной жидкости, нормальный эндометрий и интрамуральный фиброид в матке размером 3,6 см в заднем положении тела матки. На обоих T1-взвешенной и T2-взвешенной томограммах было гипоинтенсивное объёмное образование и показан низкий уровень накопления (контраста – **P.A.**). На основании данных визуального исследования диффе-

ронный выпот у больного с установленной сердечной недостаточностью.

Однако у обсуждаемой больной не получена плевральная жидкость, и, таким образом, традиционный алгоритм для определения причины ПВ не мог быть использован.

Дифференциальный диагноз ПВ достаточно широк (таблица). Однако у больной отсутствовали клинические симптомы, и выпот был обнаружен при рутинном скрининге в связи с онкологическим семейным анамнезом. В связи с этим можно сузить начальный список дифференциальных диагнозов, отмечают авторы.

Причины плеврального выпота

Наиболее частой причиной ПВ является сердечная недостаточность. Инфекции и рак также не редкие причины. Далее идут лёгочная эмболия, вирусные болезни,

коронарно-артериальные шунты и цирроз печени. Относительно нередко причину ПВ найти не удаётся, несмотря на всестороннее обследование.

ренциальный диагноз был сужен и ограничен фиброзной опухолью яичника (фиброма, фибротерома или аденоцистофиброма), или фиброид широкой связки. Очень небольшое число опухолей яичников являются либо равномерными солидными, либо гипоинтенсивными по данным T2-взвешенного визуального исследования и являются в высшей степени специфичными по своим признакам. Была выполнена биопсия эндометрия. Исследование биоптата показало наличие пролиферативного эндометрия и фрагменты доброкачественного эндометрикса. Выполнены также дополнительные диагностические процедуры.

Дифференциальный диагноз

Авторы цитируемой статьи A.Ray, W. R.Masch, K.Saukkonen и B.T.Harrison считают, что дифференциальный диагноз должен «конструироваться» вокруг ПВ, и в первую очередь следует провести анализ плевральной жидкости. Торакоцентез представляется возможным только при небольшом числе клинических сценариев, например, двусто-

Лёгочно-сердечные причины

У обсуждаемой больной не было болезни сердца или признаков сердечной недостаточности (одышки при физическом напряжении), а также признаков отёка лёгких при визуальном исследовании. В более чем 80% случаев ПВ при сердечных болезнях бывает двусторонним. У больной ПВ был с одной стороны. При лёгочной эмболии у больных ПВ сопровождается типичными симптомами – одышкой или тахикардией.

Онкологические болезни

Рак – вторая (после инфекции) по частоте причина появления экссудата в плевральной полости. Рак лёгкого, молочной железы, яичников и лимфомы в 80% случаев являются злокачественными опухолями. Мезотелеома и первичный рак лёгкого у больной маловероятны, поскольку в анамнезе нет указаний на асбестоз или табакокурение.

У больной отягощённый семейный анамнез по раку – у матери, кузины и бабушки по матери. Применить модель Gail для оценки риска не представляется возможным из-за недостаточно детального семейного анамнеза. BRCAPro модель как предиктор наличия BRCA мутации – более подходящая для определения риска рака молочной железы; однако у нас нет достаточных данных, отмечают авторы, для полной калькуляции. Лечащий врач пациентки, с учётом имеющегося риска ракового заболевания определил показания к МРТ, и этот риск составляет, по крайней мере, 20-25% в тех случаях, когда известно о мутации у родственников первой линии или об указании в анамнезе, если кто-то подвергался лучевой терапии. Данные анамнеза больной говорили в пользу высокого риска рака и давали основание полагать, что ПВ имеет злокачественный характер.

Инфекции

Большинство лёгочных инфекций могут вызвать ПВ. Наиболее частой причиной её является туберкулёз. Однако для здоровой женщины, проживающей в США, более вероятно приобретённая внебольничная пневмония как причина ПВ. У больной не было признаков пневмонии или другой лёгочной инфекции, сопровождающихся кашлем или лихорадкой, которые сделали бы инфекционный диагноз более вероятным.

Аутоиммунные болезни

В этом случае наличие аутоиммунных болезней (АБ) следует рассматривать, поскольку диагноз начальной стадии ревматологического заболевания представляется весьма вероятным. Примерно 5% больных ревматоидным артритом имеют ПВ. У 25-30% больных системной красной волчанкой также определяется волчаночный плеврит как раннее проявление этой болезни. И у 50% этих больных определяется двусторонний ПВ. Однако у них, помимо ПВ, имеют место другие симптомы – заболевания почек, артралгия или сыпь; ни один из перечисленных симптомов у обсуждаемой больной не отмечен. Кроме того, при визуальных методах исследования у неё не

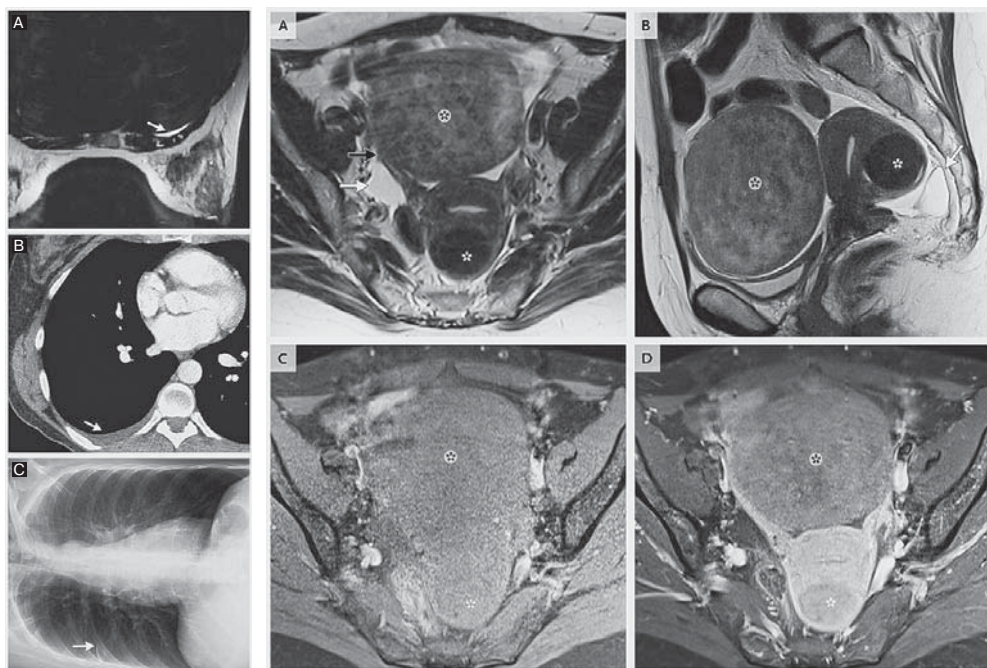


Рис. 1.

Рис. 1. МРТ T2 грудной клетки. Определяется плевральный выпот на всех стадиях лучевого исследования. МРТ T2 в аксиальной позиции правой молочной железы, полученная у больной в позиции лёжа на животе 14 лет назад до поступления в больницу (рис. 1А), показала наличие плеврального выпота справа (стрелка) в переднем гемитораксе. КТ с контрастом в аксиальной позиции при сканировании средней части грудной клетки была произведена в пульмонологической клинике (рис. 1В) и показала наличие плеврального выпота справа (стрелка). Не было выявлено нодулярности или признаков рака лёгких. Несколько небольших (менее 1 см) лёгочных узелков (не показаны) имели долговременную стабильность (> 5 лет), и поэтому были расценены как доброкачественные. Рентгенограмма грудной клетки, выполненная в положении больной в латеральной позиции в катмнезе (рис. 1С), показала наличие небольшого плеврального выпота справа, который имел линейный характер и входил в малую междолевую щель (стрелка).

Рис. 2. МРТ-2 малого таза. Аксиальная и сагиттальная проекция (рис. 2А и 2В соответственно) и аксиальная проекция с уменьшенной в три раза МРТ T1 малого таза (рис. С и рис. D) после назначения экстрацеллюлярного гадолин-основанного контраста. Объёмное образование малого таза размером 9,9 см в наибольшем размере (рис. А, В, С и D чёрные звёздочки) – видны контакты с правой широкой связкой (рис. А, чёрная стрелка). Объёмное образование имело низкий сигнал на T2 (рис. 2А и 2В), гетерогенный, низкого уровня насыщения, что указывало на солидный его характер (рис. 2D). Не было видно связи между объёмным образованием и телом матки. Дополнительные находки включали умеренное количество свободной жидкости (рис. 2А и 2В, белые стрелки), нормальный эндометрий, интрамуральный фиброид позади тела матки (рис. 2А, 2В, 2С и 2D, белые звёздочки) и мелкие цисты в левом яичнике (не показаны). Правый яичник не определялся.

было признаков патологического процесса в лёгких или средостении.

Многие лекарства могут быть причиной ПВ, но женщина принимала только валацкловир и в том случае, когда было необходимо. Вследствие этого быстро был сужен список дифференциальных диагнозов, ограниченный двумя – рак и Демона – Мейгса синдром.

Плевральный выпот и объёмное образование в малом тазу

В анамнезе есть указание на быстро развившееся маточное кровотечение, объёмное образование в малом тазу, вздутие живота, остро возникшие проблемы с мочеиспусканием и диспареуния. При визуальном исследовании в клинике в малом тазу обнаружен небольших размеров фиброид, малая киста в левом яичнике (правый яичник не выявлялся) и большое объёмное образование с небольшим количеством жидкости в полости малого таза.

Объёмное образование в малом тазу у женщин в менопаузе всегда следует рассматривать как возможный рак яичника. В этой связи необходимо проводить скрининг на рак яичника. Согласно ему у больной должен быть хотя бы один из следующих симптомов – абдоминальная боль, частые мочеиспускания, проблемы с актом мочеиспускания (или оба этих симптома), увеличение объёма живота, вздутие живота, раннее насыщение или комбинация этих симптомов. Эти симптомы должны быть частыми или продолжаться не менее года. Согласно этому диагностическому индексу, специфичность которого составляет 90% для женщин старше 50 лет и чувствительность 79,5% в запущенных случаях, у обсуждаемой больной он оказался положительным, что давало основание поставить диагноз «рак яичника».

Объёмное образование такого размера, как у больной, является типичным показанием к его удалению и патологоанатомическому исследованию. Тест на определение уровня сывороточного СА-125 мог бы помочь в принятии такого решения, но он не был выполнен в этом случае. Следовало проявить настороженность в отношении оценки опухоли как злокачественной, с учётом того, что симптомы у больной развились внезапно, а не медленно в течение нескольких недель. На МРТ не было призна-

Причины плеврального выпота		
Сердечно-сосудистые болезни	*застойная сердечная недостаточность	*эмболия лёгочной артерии
Онкологические болезни	*первичный рак лёгкого	*метастатическая болезнь лёгких, молочных желёз, яичников и др.
Инфекции	*туберкулёз	*др. бактериальные инфекции (пневмококки, системные инфекции)
Аутоиммунные болезни	*ревматоидный артрит	*системная красная волчанка
Медикаменты	*амиодарон	* бромокриптин

ков лимфаденопатии, узелков или признаков метастазирования, что можно было ожидать при злокачественном характере ПВ. Эти факты говорили в пользу доброкачественного процесса. В самом деле, большинство объёмных образований яичников являются доброкачественными, включая кистозные (которых нет у больной по данным визуальных исследований), эндометриомы, зрелые тератомы, фибромы яичников, фиброотекомы и опухоли из гранулёзных клеток.

У пациентки были симптомы эндометриоза, такие как абдоминальная боль и диспареуния, но внезапное начало при отсутствии

Таблица	Демона – Мейгса синдром
Поддиафрагмальные причины	*цирроз печени
Постоперационные и посттравматические причины	*операции на сердце
Другие причины	*гипоальбуминемия

В 1887 г. Демон впервые описал синдром, при котором доброкачественная болезнь яичников ассоциирована с ПВ. Описание этого случая было дополнено сообщением о 7 больных с фибромами яичников и ПВ, обычно односторонним, чаще с правой стороны, и жидкостью в малом тазу или асцитом. Только у 1-2% больных с фибромой яичников имеет место Демона – Мейгса синдром. У таких больных уровень СА-125 часто повышен, что может представлять трудность в дифференциальной диагностике названного синдрома и рака. Отличительным признаком синдрома является то, что после удаления объёмного образования яичника исчезает ПВ.

Одним из интересных фактов у обсуждаемой больной является начало заболевания с маточного кровотечения вместе с наличием пролиферации эндометрия по данным гистологического исследования биопсии эндометрия. Если больная находится в пременопаузе или перименопаузе, это не имеет существенного клинического значения. Если же она находится в постменопаузе, тогда эти симптомы могут быть связаны с опухолью, содержащей текальные компоненты.

Как считают авторы, в этом наблюдении можно исключить большинство причин, вызвавших ПВ, и с наибольшей вероятностью считать, что диагноз Демона – Мейгса синдрома обусловлен фибромой или фиброотекомой яичника. В связи с этим можно ожидать, что хирургическое удаление объёмного образования приведёт к полному выздоровлению больной.

У больной не было клинических симптомов синдрома, ПВ справа был очень небольшим и выявлен при случайном обследовании. В связи с этим её следует наблюдать, чтобы исключить повторное появление ПВ или любых новых симптомов и признаков.

Поскольку вскоре появились симптомы со стороны малого таза, было выполнено УЗИ малого таза. Больная была проконсультирована онкологом-гинекологом. Для окончательного установления диагноза были выполнены гистерэктомия и двусторонняя сальпинго-оофорэктомия.

(Окончание следует.)

Рудольф АРТАМОНОВ, профессор.

По материалам The New England Journal of Medicine.

(Окончание. Начало в № 5 от 25.01.2017.)

Профилактика

Наиболее эффективными средствами профилактики ТВП в настоящее время являются пневмококковые и гриппозные вакцины.

С целью специфической профилактики инвазивных пневмококковых инфекций, в том числе пневмококковой ВП с бактериемией у взрослых в РФ используется 23-валентная неконъюгированная вакцина, содержащая очищенные капсулярные полисахаридные антигены 23 серотипов S.pneumoniae и 13-валентная пневмококковая конъюгированная вакцина. **Вакцинация пневмококковой вакциной рекомендуется группам лиц с высоким риском развития инвазивных пневмококковых инфекций.** К ним относятся:

- пациенты в возрасте 65 лет и старше;
 - лица с сопутствующими хроническими заболеваниями бронхолёгочной (ХОБЛ, эмфизема, бронхиальная астма), сердечно-сосудистой систем, СД, хроническими заболеваниями печени (включая цирроз), хронической почечной недостаточностью, нефротическим синдромом, алкоголизмом, кохлеарными имплантатами, ликвореей, функциональной или органической аспленией (серповидно-клеточная анемия, спленэктомия);
 - пациенты с иммунодефицитом (ВИЧ-инфекция, злокачественные новообразования, иммуносупрессивная терапия и др.);
 - лица, проживающие в домах престарелых и других учреждениях закрытого типа;
 - курильщики.
- Иммунокомпрометированные пациенты старше 50 лет, в том числе лица с хронической почечной недостаточностью и нефротическим синдромом, анатомической или функциональной аспленией, ликворными шунтами, кохлеарными имплантатами должны быть первоначально вакцинированы однократно конъюгированной, а затем (не ранее чем через 8 недель) полисахаридной пневмококковой вакциной. Если пациенты с указанными факторами риска ранее получали полисахаридную вакцину, им рекомендуется введение конъюгированной вакцины (не ранее чем через 12 месяцев с момента последней вакцинации).
- Если вакцинация полисахаридной пневмококковой вакциной проводилась до 65 лет, то в возрасте 65 лет (или не менее чем

Диагностика, лечение и профилактика тяжёлой внебольничной пневмонии у взрослых Федеральные клинические рекомендации

через 5 лет с момента введения первой дозы вакцины) пациентам с факторами риска инвазивных пневмококковых инфекций рекомендуется ревакцинация.

Введение гриппозной вакцины с целью профилактики гриппа и его осложнений, в том числе ВП, рекомендуется при наличии высокого риска осложнённого течения гриппа. К группам риска относятся:

- пациенты в возрасте 65 лет и старше;
- лица с сопутствующими хроническими заболеваниями бронхолёгочной, сердечно-

сосудистой систем, СД, заболеваниями почек, гемоглобинопатиями;

- лица, проживающие в домах престарелых и других учреждениях закрытого типа;
- женщины во 2-м или 3-м триместре беременности (в период сезонного подъёма заболеваемости).

Вакцинация также рекомендуется медицинским работникам, осуществляющим лечение и уход за лицами, входящими в группы высокого риска осложнений гриппа.

Ежегодно проводится вакцинация гриппозной вакциной, оптимальное время для

её проведения: октябрь – первая половина ноября. Предпочтение у взрослых следует отдавать инактивированным вакцинам.

Следует отметить, что при наличии показаний обе вакцины (пневмококковая и гриппозная) могут вводиться одновременно без увеличения частоты НЛР или снижения иммунного ответа.

Под редакцией главного терапевта-пульмонолога Минздрава России, академика РАН Александра ЧУЧАЛИНА.

ССВО синдром системного воспалительного ответа
СШ септический шок
ТВП тяжёлая внебольничная пневмония
УЗИ ультразвуковое исследование
ФНО фактор некроза опухоли
ХОБЛ хроническая обструктивная болезнь лёгких
ЭКМО экстракорпоральная мембранная оксигенация

B.cepacia	Burkholderia cepacia
B.pertussis	Bordetella pertussis
C.pneumoniae	Chlamydophila pneumoniae
C.burnetii	Coxiella burnetii
C.psittaci	Chlamydophila psittaci
Candida spp	род Candida
CLSI	Институт клинических и лабораторных стандартов США
E.coli	Escherichia coli
Enterobacteriaceae	семейство Enterobacteriaceae
Enterococcus spp.	род Enterococcus
H.influenzae	Haemophilus influenzae
K.pneumoniae	Klebsiella pneumoniae
L.pneumophila	Legionella pneumophila
Legionella spp.	род Legionella
M.pneumoniae	Mycoplasma pneumoniae
M.catarrhalis	Moraxella catarrhalis
MRSA	метициллинорезистентный Staphylococcus aureus
MSSA	метициллиночувствительный Staphylococcus aureus
Neisseria spp	род Neisseria
P.aeruginosa	Pseudomonas aeruginosa
PEEP	положительное давление на выдохе
S.aureus	Staphylococcus aureus
S.pneumoniae	Streptococcus pneumoniae
Staphylococcus spp.	род Staphylococcus

Антибиотикорезистентность микроорганизмов – одна из наиболее острых проблем современной медицины. Устойчивость микроорганизмов различают двух типов: первичную (видовую), обусловленную отсутствием мишени для лекарственного вещества, не проницаемостью мембраны клетки, ферментативной активностью возбудителя; и вторичную, приобретённую – при использовании ошибочных доз препарата.

Губительная перестраховка

«...Если современная медицина... в корне не пересмотрит отношение к использованию антибиотиков, рано или поздно наступит постантибиотическая эпоха, в которой многие распространённые инфекционные заболевания лечить станет нечем, и они вновь будут уносить множество человеческих жизней. Станут невозможными хирургия, трансплантология и многие другие отрасли медицины...», – эти горькие слова генерального директора ВОЗ доктора Маргарет Чен, произнесённые во Всемирный день здоровья в 2011 г., сегодня звучат ещё актуальнее. Бактерии с лекарственной устойчивостью стремительно распространяются по планете.

Всё больше основных лекарственных средств перестаёт действовать на бактерии. Арсенал терапевтических методов стремительно сокращается. В наши дни в странах Европейского Союза, Норвегии и Исландии ежегодно около 25 тыс. человек умирают от инфекций, вызванных резистентными бактериями, причём большинство таких случаев наблюдается в больницах. Отечественная проблема лекарственной устойчивости микроорганизмов также расценена как угроза национальной безопасности, что подтверждает Всемирный экономический форум, включивший Россию в список стран с глобальным риском, поскольку 83,6% российских семей бесконтрольно принимают противомикробные препараты.

По данным Минздрава России, около 16% россиян на сегодняшний момент имеют антибиотикорезистентность. При этом 46% населения России убеждены в том, что антибиотики убивают вирусы так же, как и бактерии, и поэтому назначают себе антибиотики при первых симптомах ОРВИ и гриппа. В настоящее время 60-80% врачей в РФ для перестраховки назначают антибиотики, не проверяя, будет ли он действовать на данный штамм бактерии у данного конкретного пациента. Мы собственными руками выращиваем монстров – супербактерии. Вместе с этим за последние 30 лет не было открыто ни одного нового класса антибиотиков, но за это же время резистентность некоторых возбудителей к отдельным антибиотикам полностью исключила возможность их применения в настоящее время.

Ключевая причина развития резистентности – ненадлежащее использование антимикробных препаратов, такое как:

- применение препаратов без необходимости или же против заболевания, которое данный препарат не лечит;
- приём препаратов без назначения медицинским специалистом;
- несоблюдение предписанного режима приёма антибиотиков (недостаточное или чрезмерное применение препаратов);
- излишнее назначение антибиотиков врачами;
- передача антибиотиков другим лицам или использование остатков предписанных лекарственных средств.

Устойчивость ставит под угрозу достижения современной медицины. Возвращение в доантибиотиковую эру может привести к тому, что многие инфекционные болезни в будущем станут неизлечимыми и неконтролируемыми. Во многих странах уже сейчас действуют государственные программы по борьбе с антибиотикорезистентностью.

С приставкой «супер»

Термин «супербактерия» (superbug) в последние годы стал всё чаще появляться не только в

дополнительных внехромосомных носителях генетической информации. Эти формы жизни передают друг другу генетический материал горизонтально, без деления: они соединяются попарно цитоплазматическими мостиками, по которым из одной клетки в другую транспортируются кольцевые РНК (плазмиды). Разнообразие бактерий, включившихся в «супер-процесс», становится всё больше. Это, в первую очередь, возбудители анаэробной и аэробной раневой инфекции – клостридии, золотистый стафилококк (в не-

прерываний беременности, при этом за анализируемый период назначение противомикробных препаратов возросло с 28,4 до 37%. В исследовании L.de Jonge и соавт. было показано, что у 20,8% пациенток во время беременности был назначен как минимум один антибактериальный препарат, при этом наиболее часто применялись β-лактамы антибиотиков. Стоит отметить, что схожие тенденции отмечаются во многих странах мира.

Необходимо сказать, что микробиологической особенностью

заболеваний у беременных и родильниц. Антибактериальная терапия гнойно-воспалительных заболеваний в акушерстве и гинекологии может быть эффективной только с учётом их клиники, этиологии, патогенеза и ряда особенностей, возникающих в организме беременных женщин и определяющих правильный выбор и адекватное применение антибактериальных препаратов.

Во время беременности антибактериальная терапия должна быть направлена на ликвидацию инфекции, предупреждение зара-

Анализ и прогнозы

Не поддающиеся

Резистентность микроорганизмов – эпидемиологическая



профессиональной литературе, но и в СМИ для немедицинской аудитории. Речь идёт о микроорганизмах, обладающих устойчивостью ко всем известным антибиотикам. Как правило, супербактериями оказываются внутрибольничные штаммы. Появление устойчивости к антибиотикам – это естественный биологический феномен, отражающий в действии эволюционные законы изменчивости и естественного отбора Чарльза Дарвина с той лишь разницей, что в качестве фактора «отбора» выступает деятельность человека, а именно – нерациональное применение антибактериальных препаратов.

Устойчивость бактерий к антибиотикам развивается вследствие мутаций или в результате приобретения генов резистентности от других бактерий, уже имеющих устойчивость. Оказалось, что супербактерии отличаются от остальных наличием фермента металло-β-лактамазы-1 Нью-Дели (NDM1); впервые он был обнаружен именно в Нью-Дели. Энзим обеспечивает резистентность к одному из наиболее действенных классов антибиотиков – карбапенемам.

Как минимум каждый десятый штамм бактерий, несущих ген фермента NDM1, обладает дополнительным, пока не расшифрованным набором генов, обеспечивающим панрезистентность – ни один антибиотик не способен воздействовать на этот микроорганизм ни бактерицидно, ни даже бактериостатически. Вероятность передачи гена NDM1 от бактерии к бактерии велика, так как он обнаружен в плазмидах –

которых странах устойчивыми к одному или многим антибиотикам являются более 25% штаммов этого инфекта), клебсиеллы, ацинетобактер, псевдомонады. А также самый частый патоген при воспалительных заболеваниях мочевыводящих путей – кишечная палочка.

Антибактериальные препараты являются важным и часто главным компонентом комплексной терапии инфекционной патологии в акушерской практике, их рациональное и обоснованное применение в большинстве случаев определяет эффективность проводимого лечения, благоприятные акушерские и неонатальные исходы.

В России в настоящее время используется 30 различных групп антибиотиков, а число препаратов (без учёта неоригинальных) приближается к 200. В США показано, что одними из самых часто назначаемых беременным препаратов являются антибиотики: 3 из 5 применяемых препаратов во время беременности являются антибиотиками.

Несмотря на то, что небольшое количество исследований выявили возможные негативные последствия антибактериальной терапии во время беременности, частота использования противомикробных препаратов при гестации остаётся в значительной степени неизвестной. Популяционное когортное исследование, проводившееся в Дании с 2000 по 2010 г., выявило, что назначение антибиотиков зарегистрировано в 33,4% случаев среди всех родоразрешённых и в 12,6% – среди всех проведённых искусственных

гнойно-воспалительных заболеваний в акушерстве, гинекологии и неонатологии является полимикробная этиология данных заболеваний. Среди возбудителей гнойно-воспалительных заболеваний урогенитального тракта у беременных и родильниц доминируют условно-патогенные энтеробактерии (*E.coli*, *Klebsiella* spp., *Proteus* spp.), часто в ассоциации с облигатными анаэробами семейства бактероидов – *Prevotella* spp. и анаэробных кокков. Наряду с этим в последние годы увеличилась роль энтерококков в этиологии гнойно-воспалительных заболеваний в акушерстве и неонатологии, что, по-видимому, связано с устойчивостью этих бактерий к цефалоспорином, широко используемым в акушерской практике. Общие закономерности динамики этиологической структуры гнойно-воспалительных заболеваний позволяют сказать, что в каждом стационаре имеются определённая эпидемиологическая ситуация, биологические особенности возбудителей и их чувствительность к антибиотикам, в связи с чем необходим локальный мониторинг за видовым составом и антибиотикорезистентностью выделяемых микроорганизмов, определяющий выбор препаратов для профилактики и лечения заболевания.

На примере акушерства

Применение антибактериальных препаратов в акушерской практике имеет ряд особенностей, которые следует учитывать для эффективного лечения инфекционно-воспалительных

заболеваний у беременных и новорождённого, а также развития послеродовых гнойно-воспалительных заболеваний. Рациональное и эффективное применение антибиотиков при беременности предполагает выполнение следующих условий:

- использование лекарственных средств только с установленной безопасностью применения при беременности, с известными путями метаболизма (критерии Управления по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств США (FDA));
- при назначении препаратов следует учитывать срок беременности, необходимо особенно тщательно подходить к назначению антимикробных препаратов в I триместре гестации;
- тщательный контроль за состоянием матери и плода в процессе лечения.

Антибактериальные препараты для использования в акушерской практике не должны обладать ни тератогенными, ни эмбриотоксическими свойствами; по мере возможности, при максимальной эффективности быть малотоксичными, с минимальной частотой побочных явлений. Ряд современных антибиотиков полностью удовлетворяет этим требованиям, в частности ингибиторозащищённые пенициллины, цефалоспорины и макролиды.

Современная антибактериальная терапия отдельных нозологических форм начинается с эмпирического лечения, когда антибиотики вводят сразу после диагностирования заболевания с учётом возможных возбудителей и их чувствительности к препаратам. При выборе препарата для стартовой терапии учитывают известные литературные данные о его спектре действия на микроорганизмы, фармакокинетических особенностях, этиологической структуре данного воспалительного процесса, структуре антибиотикорезистентности. Перед началом терапии следует получить материал от больной для проведения микробиологического исследования.

С первых дней заболевания целесообразно назначать антибиотик или комбинацию антибиотиков, максимально перекрывающих спектр возможных возбудителей заболевания. Для этого необходимо использовать комбинации синергидно действующих антибиотиков с дополняющим друг друга спектром действия или один препарат с широким спектром действия. При положительной динамике заболевания на основании результатов микробиологического исследования можно перейти на препараты более

узкого спектра действия. После выделения возбудителя и определения его чувствительности к антимикробным препаратам при отсутствии клинического эффекта от начатой эмпирической терапии целесообразно продолжить лечение тем препаратом, к которому, по данным анализа, чувствителен возбудитель заболевания.

Целенаправленная монотерапия часто бывает более эффективна, она выгоднее и в экономическом отношении. Комбинация антибактериальных препаратов показана при лечении заболе-

были антибактериальные вирусы – бактериофаги. Препараты бактериофагов имеют хорошие перспективы в качестве альтернативы химиотерапевтической антибактериальной терапии. В отличие от антибиотиков они обладают строгой селективностью действия, не подавляют нормальную микрофлору, стимулируют факторы специфического и неспецифического иммунитета, что особенно значимо при лечении хронических воспалительных заболеваний или бактерионосительства.

кам обуславливает возможность комбинированного применения химиопрепарата с антибактериальной активностью в сочетании с бактериофагом (фаго-антибиотикотерапия). Особенно эффективна такая комбинация для разрушения микробных биоплёнок. Препараты бактериофагов могут назначаться для профилактики и лечения инфекционных заболеваний, нарушений микроценоза, а также для предотвращения колонизации слизистых оболочек женских половых органов условно-патогенными бактериями.

В поиске инноваций

В настоящее время имеется ограниченное количество сообщений о применении фаготерапии в акушерстве и гинекологии. Распространение применения бактериофагов требует накопления базы качественных рандомизированных мультицентровых клинических исследований. Тем не менее очевидными являются возможности и перспективы применения бактериофагов в акушерстве и гинекологии:

- монотерапия нарушений микроценоза влагалища;
- монотерапия или комбинация с антибиотиками при лечении воспалительных заболеваний органов малого таза, в том числе хронического эндометрита;
- профилактика и лечение инфекций во время беременности с экстрагенитальной локализацией первичного очага;
- профилактика и лечение внутриутробной инфекции;
- профилактика и лечение послеоперационных осложнений при гинекологических вмешательствах и кесаревом сечении.

Таким образом, в условиях формирования антимикробной резистентности, формирования устойчивых бактериальных плёнок необходимость в новых альтернативных лечебных технологиях и антимикробных препаратах приобретает всё большую значимость. Перспективы применения бактериофагов касаются не только антимикробной терапии, но и высокоточной диагностики, а также онкологии.

Но всё это не должно успокаивать. Бактерии всё равно умнее, быстрее и опытнее людей. Самый верный путь – тотальное изменение системы использования антибиотиков, ужесточение контроля, резкое ограничение доступности препаратов без рецепта, запрет на нелегальное использование антибиотиков в сельском хозяйстве. В США принята программа Getsmart («Сообразай!»), ориентированная на разумное использование антибиотиков. Канадская программа – Do bugs need drugs? («А нужны ли микробам лекарства?») сократила почти на 20% применение антибиотиков при инфекциях дыхательных путей. В России же пока проблема широкого и бесконтрольного использования антибиотиков обсуждается мало и не встречает активного противодействия медицинского сообщества и государственных структур, регулирующих обращение лекарственных средств.

Во II квартале 2014 г. Всемирная организация здравоохранения опубликовала отчёт об антибиотикорезистентности в мире. Это один из первых детальных докладов за последние 30 лет, касающийся столь актуальной глобальной проблемы. В нём проанализированы данные из 114 стран, в том числе России, на основании которых сделан вывод о том, что резистентность к антибиотикам на сегодняшний день отмечается уже во всех странах мира, независимо от уровня их благосостояния и экономического развития.

На федеральном уровне

Российская Федерация в 2014 г. со своей стороны стала инициатором подписания документа, в котором закреплено, что оценка ситуации с антибиотикорезистентностью в стране является национальным приоритетом. Сложившаяся ситуация имеет большое социально-экономическое значение и рассматривается как угроза национальной безопасности. Для преодоления данной проблемы в 2014 г. был успешно проведён ряд саммитов специалистов по антибактериальной терапии в Самаре, Екатеринбурге, Санкт-Петербурге и Новосибирске.

Экспертный совет по здравоохранению при Комитете по социальной политике Совета Федерации активно занимается разработкой стратегических направлений по данной проблеме. Проведение саммитов подобного формата позволит оформить и консолидировать мнение ведущих специалистов во всех регионах РФ и донести наши идеи до Министерства здравоохранения и Правительства РФ. ВОЗ рекомендует реальные меры по профилактике инфекций на самом начальном этапе – за счёт улучшения гигиены и доступа к чистой воде, борьбы с инфекциями в медицинских учреждениях и вакцинации. ВОЗ также обращает внимание на необходимость разработки новых лекарственных средств и диагностических тестов микробной резистентности. Войну с инфекциями нельзя выиграть в одной битве, эта гонка никогда не закончится. Главное – «бежать быстрее» и держать под контролем болезни. Сегодня как никогда важна солидарная ответственность врачей, фармацевтов-провизоров и пациентов за применение антибактериальных препаратов, правильная культура заботы о здоровье.

За штыками государства

В каждой стране должен действовать государственный орган или координационный механизм для надзора за антибиотикорезистентностью, обеспечивающий создание систем мониторинга потребления антибиотиков, разработку национальных рекомендаций по рациональному использованию антибиотиков и национальных регламентов для контроля их соблюдения.

Примером действенности этих мер являются Национальные компании во многих странах мира. Так, принятая в Таиланде программа «Антибиотики: разумный подход» направлена на ужесточение контроля за назначением и отпуском антибактериальных препаратов и адресована как врачам, так и пациентам. Первоначально были разработаны и внедрены изменения принципов назначения антибиотиков, что привело к снижению объёма их потребления на 18-46%.

Далее созданы децентрализованные сети, объединившие местных и центральных партнёров для дальнейшего расширения программы. Ключевая роль в сдерживании антимикробной резистентности с учётом многолетнего периода борьбы с ней в настоящее время отводится правительствам и политикам, а также обучению работников здравоохранения. Многие страны реализуют программы непрерывного обучения по рациональному применению антибиотиков.

– Таким образом, анализ ситуации, связанной с проблемой антибиотикорезистентности, показал малое количество сведений об участии России в данном мировом процессе, чему свидетельством – недостаток проведённых исследований в этой области. В связи с этим перед отечественным здравоохранением стоят задачи по созданию надёжной системы надзора за применением антибиотиков, организации сети наблюдения за антибиотикорезистентностью, систематического сбора данных антибиотикограмм и распространении клинических последствий этого явления. Для преодоления устойчивости бактерий к антибиотикам необходим системный межведомственный подход.

Владимир КУЗЬМИН,
доктор медицинских наук,
профессор.

**Кафедра репродуктивной
медицины и хирургии Московского
государственного медико-
стоматологического университета
им. А.И.Евдокимова.**

дрессировке

проблема современности

ваний полимикробной этиологии с целью снижения возможности развития антибиотикорезистентности некоторых видов бактерий для использования преимуществ совместного действия антибиотиков, в том числе уменьшения дозы используемых препаратов и их побочного действия. Однако следует учитывать, что комбинированная терапия, как правило, менее выгодна экономически, чем монотерапия.

Антибактериальная терапия гнойно-воспалительных заболеваний в акушерстве и гинекологии должна быть системной, а не локальной. При системном лечении удаётся создать необходимую концентрацию антибиотиков в крови и очаге поражения, подерживая её требуемое время. Местное использование антибактериальных препаратов не позволяет достигнуть указанного эффекта, что, в свою очередь, может привести к селекции резистентных штаммов бактерий и недостаточной эффективности проводимой локальной антибиотикотерапии.

Строго по показаниям

Категорично важно в борьбе с проблемой резистентности – соблюдение правил назначения антимикотиков и антибиотиков. На фоне наступающих супербактерий стали появляться оптимистичные сообщения о том, что найдены способы борьбы с непобедимым врагом. Одни уповают на бактериофаги, другие – на покрытия с нанопорами, притягивающие любые бактерии за счёт разности зарядов, третьи упорно ищут новые антибиотики.

К медицинским возможностям преодоления антибиотикорезистентности относят применение альтернативных способов лечения инфекционных процессов. В США, Европе и России происходит ренессанс таргетной терапии инфекций с помощью бактериофагов. Преимуществами фаготерапии являются её высокая специфичность, отсутствие подавления нормальной флоры, бактерицидное действие, в том числе в биоплёнках, самореplikация бактериофагов в очаге поражения, то есть «автоматическое дозирование», отсутствие токсических и тератогенных эффектов, безопасность во время беременности, хорошая переносимость и очень низкий химиотерапевтический индекс. Назначение бактериофагов можно без преувеличений назвать высокоспецифичной антибактериальной терапией.

Исторически единственными лекарственными средствами, подавляющими рост бактерий,

Лечебно-профилактические бактериофаги содержат поликлональные вирулентные бактериофаги широкого диапазона действия, активные в том числе и в отношении бактерий, устойчивых к антибиотикам. Фаготерапия может успешно сочетаться с назначением антибиотиков.

В целях профилактики

В настоящее время в Российской Федерации зарегистрированы бактериофаги для лечения и профилактики кишечных инфекций – дизентерийный поливалентный, сальмонеллёзный групп А, В, С, D, E, брюшнотифозный; против основных возбудителей гнойно-воспалительных заболеваний – стафилококковый, стрептококковый, клебсиеллёзный, протейный, синегнойный, а также комбинированные препараты из нескольких видов бактериофагов: колипротейный, иобактериофаг поливалентный, содержащий стафилококковый, стрептококковый, клебсиеллёзный, протейный, синегнойный и coli бактериофаги, интести-бактериофаг, включающий дизентерийный, сальмонеллёзный, стафилококковый, энтерококковый, протейный, синегнойный и coli бактериофаги.

Достоинство поливалентных (монокомпонентных) препаратов заключается в строгой специфичности действия, поскольку они вызывают гибель только своего конкретного вида бактерий и в отличие от антибиотиков не влияют на нормальную микрофлору влагалища и кишечника больного. Использование бактериофагов показало хорошие результаты при лечении и профилактике кишечных инфекций, дисбактериозов, гнойно-воспалительных заболеваний при хирургической, педиатрической, гинекологической, лор и офтальмологической патологии. Отечественными неонатологами показана высокая эффективность фаготерапии гнойно-септических инфекций у детей раннего возраста.

Поликомпонентные препараты бактериофагов наиболее удобны в клинической практике врача акушера-гинеколога, принимая во внимание постоянное существование смешанных бактериальных ассоциаций. После определения чувствительности бактерий к конкретному фагу можно использовать монокомпонентные поливалентные бактериофаги.

Совместными усилиями

Разнообразие механизмов резистентности к антибиоти-

В условиях роста антибиотикорезистентности можно рассматривать бактериофаги как успешную альтернативу антибиотикам. Комбинированные препараты фагов имеют более высокую активность литического действия на бактериальную клетку за счёт синергизма действия отдельных фагов и обеспечивают получение лечебного эффекта при инфекциях, вызванных ассоциациями микробов.

На данном этапе накопленных знаний фундаментальной и клинической микробиологии и вирусологии, имеющегося клинического опыта необходимо выделить доказанные преимущества фаготерапии:

- строгая специфичность: бактериофаги воздействуют только на чувствительные к ним бактерии, в то время как антибиотики поражают их без какой-либо специфичности, вызывая угнетение нормальной микрофлоры и формирование резистентности;
- быстрое действие и глубокое проникновение в очаг инфекции: при пероральном приёме через 1 час бактериофаги попадают в кровь, через 1-1,5 часа выявляются из бронхолёгочного экссудата и с поверхностью ожоговых ран, через 2 часа – из мочи, а также из ликвора больных с черепно-мозговыми травмами;
- самовоспроизведение: ДНК бактериофага встраивается в хромосому бактерии, вследствие чего бактериальная клетка начинает продуцировать сотни бактериофагов, поражающих бактерии до их полного уничтожения;

● саморегуляция: в отсутствие бактерий, необходимых для размножения, бактериофаги быстро и полностью удаляются из организма;

● безопасность и отсутствие противопоказаний: препараты бактериофагов можно назначать беременным, кормящим матерям и детям любого возраста, включая недоношенных;

● полная совместимость с любыми лекарственными средствами: доказанная эффективность препаратов бактериофагов как при монотерапии, так и в комбинации с антибиотиками;

● стимуляция специфического и неспецифического иммунитета: фаготерапия особенно эффективна при лечении хронических воспалительных заболеваний на фоне иммуносупрессивных состояний;

● постоянная актуализация фаговых клонов: препараты бактериофагов соответствуют современной этиологической структуре возбудителей.

Как показывают плановые проверки, проводимые Росздравнадзором (РЗНЗ), в каждой второй аптеке выявляются правонарушения как в сфере обращения лекарственных средств, так и при соблюдении лицензионных требований и условий. При внеплановых проверках аналогичные нарушения фиксируются практически в каждом случае. Так, по итогам первого полугодия 2016 г. сумма административных штрафов составила 22 млн руб. Об этом сообщила руководитель Управления лицензирования и контроля соблюдения обязательных требований Росздравнадзора кандидат фармацевтических наук Ирина Крупнова в ходе семинара, состоявшегося в рамках Международного делового медико-фармацевтического форума.

Объективно и субъективно

Среди наиболее распространённых нарушений – нахождение в общей массе препаратов с истекшим сроком годности, несоблюдение условий хранения ЛП, в том числе требующих защиты от повышенной температуры, от действия света и других факторов окружающей среды, а также отсутствие минимального ассортимента ЛП.

В производственных аптеках проверяющие часто сталкиваются с изготовлением инъекционных и инфузионных растворов из незарегистрированных субстанций, многократным использованием стеклянной посуды и пробок для розлива готовой стерильной продукции, нарушениями технологического процесса изготовления ЛС.

– Контролирующему органу важно не только знать, какие правонарушения совершает организация, но и разобраться, почему она это делает, – подчеркнула И.Крупнова. По её словам, можно условно разделить причины нарушений на объективные и субъективные.

Основной объективной причиной является то, что не в каждой аптеке создана система управления качеством. Как правило, нет сотрудника (в надлежащих практиках – ответственного лица), который координировал бы процесс внутреннего контроля качества и безопасности деятельности организации. Также не проводятся регулярные внутренние проверки на соответствие требованиям действующего законодательства в сфере фармдеятельности.

В большей степени всё это обусловлено субъективным фактором, а именно слабым, а порой и безответственным руководством организацией, когда определяющим в работе коллектива становится исключительно получение прибыли. «Очень часто мы сталкиваемся с жалобами сотрудников аптек, в которых они сетуют на то, что по закону нельзя отпускать рецептурные препараты без рецепта, но руководитель при этом установил среднюю стоимость чека и требует выполнения плана по прибыли», – отметила эксперт.

Плавающая модель

Сегодня проверка – это не просто констатация факта о выявленном нарушении, но и «разбор полётов». Проверяющие обязательно беседуют с членами коллектива аптеки, проверяют уровень их профессиональной компетентности и соответствие должностным обязанностям. В последующем это помогает определить степень ответственности каждого сотрудника в каждом конкретном случае. В зависимости от результатов такого мини-расследования административный штраф может быть наложен как на саму организацию, так и на конкретного сотрудника, допустившего нарушение своих должностных обязанностей.

В настоящее время готовятся изменения, которые, по словам представителя ведомства, должны изменить «всю архитектуру контроля и надзора» в сфере обращения лекарственных средств. В полной мере эта система должна заработать с 2018 г.

Важной частью новой риск-ориентированной модели контрольных мероприятий является снижение административных барьеров, а также избавление от устаревших обязательных требований. Прежде всего, все аптеки проранжируют по степени риска их

При этом, как уточнила И.Крупнова, данная система будет плавающей, что позволит «привинчившимся» при устранении всех имеющихся нарушений, переходить в более низкую категорию риска и наоборот: нарушение законодательства, выявленное в ходе проверки, может поднять организацию на более высокую позицию в риск-ориентированной модели.

пояснила представитель РЗНЗ, при определении степени риска, основной упор будет делаться не на оснащённость, а на перечень работ и услуг, которые осуществляются в каждой конкретной аптеке. К примеру, аптеку, которая занимается изготовлением асептических растворов, вероятнее всего, отнесут к организации с высоким уровнем риска. В отличие от фельдшерско-акушерского пункта,

чение Роспотребнадзора. Предварительно, в рамках подготовки к проверке, документ необходимо истребовать у соответствующего ведомства в электронном виде или на бумажном носителе», – пояснила она.

Кроме того, создан Единый реестр проверок, который ведёт Генеральная прокуратура. В нём размещается вся информация о контрольных мероприятиях: от приказа о проведении проверки до её результатов. Это позволяет генпрокуратуре на любом из этапов проверки проконтролировать деятельность надзорных органов, и в случае превышения ими полномочий вынести соответствующее представление.

Изменится и сам порядок оценки эффективности деятельности контролирующих органов. Если раньше основной упор делался на число проведённых проверок и административных взысканий, то сегодня идёт работа на результат. Прежде всего оцениваются социальный и экономический эффекты. К примеру, анализируется, сколько было изъято из оборота лекарств с истекшим сроком годности, недоброкачественных и фальсифицированных; в каких случаях удалось предотвратить продажу рецептурных препаратов без предъявления рецепта и т.д. Параллельно рассчитывается потенциальный экономический ущерб от последствий самолечения и неправильного применения лекарств (листы нетрудоспособности, госпитализации и др.).

Достаточно жёсткие требования будут предъявляться и к самим проверяющим. Посчитают, какая сумма была потрачена на выявление правонарушений и во сколько в целом государству обошлось проведение каждого контрольного мероприятия. «Баланс достигается только тогда, когда при минимальных трудозатратах, финансовых расходах удаётся добиться высокой эффективности работы. И это основная задача любого контролирующего органа», – резюмировала Ирина Крупнова.

Ирина СТЕПАНОВА,
корр. «МГ».

На контроль!

Современная архитектура надзора

Аптеки проранжируют по степени риска их деятельности



деятельности. Всего определены 4 степени риска: чрезвычайно высокий, высокий, средний и низкий. В первом случае периодичность проведения контрольных мероприятий составит не реже одного раза в год. При низкой степени – вовсе освободят от плановых проверок.

Все организации, имеющие лицензию на осуществление фармацевтической деятельности, внесут в соответствующий реестр, и на каждую из них будет заведён личный кабинет, зайдя в который аптека сможет узнать – к какой категории риска её отнесли. Как

отпускающего безрецептурные лекарственные препараты.

Кроме того, ведомством разрабатывается так называемый опросный лист. В него включат полный перечень требований, соблюдение которых будет проверяться при проведении контрольных мероприятий. С его помощью аптеки смогут основательно подготовиться к грядущей проверке.

За что боремся?

Одним из ключевых и базовых элементов новой системы контроля является межведомственное взаимодействие. Вместе с тем, по словам И.Крупновой, уже сегодня контролирующие органы разных уровней работают в тесной связке между собой. «Это означает, что все нормативные акты и документы юридического лица, которые имеются в организации, нельзя требовать на момент проверки, если они находятся в распоряжении других инстанций. Например, если в аптеке проводится проверка Росздравнадзора, то проверяющий не может потребовать заклю-

Кстати

Лекарственный утиль

Росздравнадзор подвёл итоги своей деятельности за 2016 г. В результате проведённых мероприятий по проверке соответствия лекарственных средств, находящихся в гражданском обороте, установленным требованиям к их качеству в 2016 г. было изъято из обращения 1938 серий лекарственных средств, что составляет 0,8% от общего количества серий, поступивших в обращение (по данным АИС РЗНЗ – 237 968 серий).

Всего в рамках государственного контроля качества лекарственных средств за анализируемый период на соответствие установленным требованиям было проверено 32 тыс. образцов лекарственных средств, из них больше половины (17 024) – с использованием неразрушающего метода БИК-спектроскопии на базе передвижных экспресс-лабораторий.

Как и прежде, большая часть забракованных лекарств – отечественного производства (69,7%). Основными причинами выбраковки лекарственных препаратов является несоответствие триаде требований: количественное определение (22,8%), упаковка (13,9%) и маркировка (11,3%). Среди других показателей – описание, посторонние примеси, механические включения, подлинность и другие показатели.

Лекарственные средства и фармацевтические субстанции	Количество торговых наименований	Количество серий
Недоброкачественные лекарственные средства	281	533
Лекарственные средства, которые озованы производителями (импортёрами)	205	1365
Фальсифицированные препараты	10	11
Ф а л ь с и ф и ц и р о в а н н ы е фармацевтические субстанции	-	-
Препараты, изготовленные из них	-	-
Контрафактные лекарственные средства	17	29
Итого:		1938

В структуре лекарственных форм недоброкачественных ЛС, изъятых за 2016 г., преобладают растворы, концентраты, суспензии, сиропы, настойки – 51%, то есть жидкие лекарственные формы. На втором месте – твёрдые лекарственные формы (таблетки, гранулы, порошки, сборы и капсулы) – 45,6%.

За 2016 г. производителями (декларантами) лекарственных средств приняты решения об отзыве из обращения 205 торговых наименований 1365 серий ЛС и их деклараций о соответствии. Выявлено в обращении 17 торговых наименований 29 серий ЛС, находившихся в гражданском обороте с нарушением действующего законодательства.

Кроме того, в 2016 г. изъято из обращения 11 серий 10 торговых наименований фальсифицированных ЛП:

- энтеродез, порошок для приготовления раствора для приёма внутрь 5 г, на упаковках которого указан производитель ОАО «Мосхимфармпрепараты» им. Н.А.Семашко, Россия, серии 60815;
- кетостерил, таблетки, покрытые плёочной оболочкой № 100, упаковки ячейковые контурные, пачки картонные, на упаковках которого указан производитель «Лабесфал Лабораторис Алмиро С.А., Португалия, серии 18Н2307;
- герцептин, лиофилизат для приготовления концентрата для приготовления раствора для инфузий 440 мг, флакон (1) + растворитель – бактериостатическая вода для инъекций 20 мл, флаконы (1), пачки картонные, на упаковках которого указан производитель «Дженентек Инк.», США, (лиофилизат) «Ф.Хоффман-Ля Рош Лтд.», Швейцария, упаковано ЗАО «ОРТАТ», Россия, для ЗАО «Р-Фарм», Россия, серии 3696/1, р-ль В2094/2;
- креон 25000, капсулы кишечнорастворимые 25000 ЕД 20 шт., флакон (1), пачки картонные, на упаковках которого указан производитель «Эббот Продактс ГмбХ», Германия, серии 49476;
- омез, капсулы 20 мг, 10 шт., упаковки ячейковые контурные, пачки картонные, на упаковках которого указан производитель «Д-р Редди's Лабораторис Лтд.», Индия, серии В501420;
- диспорт, лиофилизат для приготовления раствора для инъекций 500 ЕД, сведения о производителе отсутствуют, серии К05354;
- эссенциале форте Н, капсулы 300 мг 10 шт., упаковки ячейковые контурные, пачки картонные, на упаковках которого указан производитель «А.Натерманн энд Сие. НмбХ», Германия, серии 4К1751;
- экзодерил, раствор для наружного применения 1% 10 мл, флаконы тёмного стекла (1), пачки картонные, на упаковках которого указан производитель «Глобофарм фармацевтише Продуктьонс унд Хандельсгезельшафт мбХ», Австрия, серии 13806;
- стрептокиназа, лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного и внутриартериального введения 1,5 млн. МЕ, флаконы (1), пачки картонные, на упаковках которого указан производитель «Белмед-препараты», Республика Беларусь, серии 06215;
- этиловый спирт, концентрат для приготовления раствора для наружного применения и приготовления лекарственных форм 95% 100 мл, флаконы (50), коробки картонные (для стационаров), на упаковках которого указан производитель ООО «Гиппократ», Россия, серии 400616.

Подготовила
Анна КРАСАВКИНА.

Дословно

Микроорганизмы, которые развиваются в ротовой полости и составляют микробиоту рта, способны повлиять на развитие рака прямой кишки. К такому выводу пришли учёные из Гарвардской школы общественного здравоохранения (США).

Сверху вниз

Некоторые исследования и ранее показывали зависимость колоректального рака от бактерий ротовой полости, однако новое исследование показало, как именно осуществляется это влияние.

Учёные предположили, что микробы ротовой полости могут достичь колоректальной опухоли через кровеносную систему. Чтобы проверить эту идею, они вводили *Fusobacteria* в хвостовую вену мышей, как с предраковыми состояниями, так и со сформировавшимися злокачественными опухолями прямой кишки.

Обильное поступление *Fusobacteria* в колоректальные опухоли выявилось у обоих типов мышей. Исследователи также обнаружили *Fusobacteria* в большинстве человеческих метастазов колоректального рака, хотя в образцах, взятых из опухолей других тканей, их не было.

Вторым этапом исследований было определение причины, по которой колоректальная опухоль становится привлекательной для *Fusobacteria*. Согласно результатам исследования, главной причиной проникновения бактерий в опухоль стал сахар Gal-GalNAc, в изобилии появляющийся на поверхности колоректальных опухолевых клеток, который потребляют эти бактерии, связывая его специфическим белком Fap2, расположенным на поверхности их мембран.

Именно Fap2 способствует тому, что *Fusobacteria* распознает и колонизирует колоректальные раковые опухоли и метастазы. При этом выяснилось, что этот белок параллельно снижает способность иммунной системы хозяина уничтожать опухолевые клетки. Таким образом, проникновение *Fusobacteria* через кровоток в коллатеральную опухоль предохраняет онкоклетки от уничтожения и ускоряет развитие колоректального рака.

— К сожалению, из-за разницы в скорости развития онкологических новообразований у людей и мышей, исследования колоректальной аденокарциномы на мышах не может точно отразить процессы, развивающиеся у людей, — отметил один из руководителей исследования, доцент Института стоматологии в Иерусалиме Гилад Бахрах. — Пока же слишком рано говорить о том, можем ли мы предотвратить возможность путешествия оральных бактерий через кровь в толстую кишку. Мы даже не можем сказать, существуют ли среди людей «группы риска», более подверженные образованию опухоли.

Однако, по словам другого руководителя исследования, доктора медицины Венди Гаррета, понимание механизмов локализации и размножения *Fusobacteria* в опухолях толстой кишки поможет использовать их в терапии колоректального рака, в частности в доставке лекарственных препаратов непосредственно в опухоль.

— Мы не можем предотвратить попадание микробов из ротовой полости в кровяное русло, однако препараты, направленные на ингибирование Fap2 или связывание Gal-GalNAc, потенциально могут предотвратить усиление онкологических опухолей прямой кишки, — пояснил учёный.

Генрих ВЕРНЕР.

По информации Reuters.

Почему бы и нет?

Рецепторы настроения

Наше настроение зависит от специфических белков, называемых рецепторами, которые встроены в клеточную оболочку-мембрану и рецептируют жизненно важные для клетки молекулы. После «уловления» того или иного вещества рецепторы передают (осуществляют трансмиссию) сигнал в клетку, активность которой возбуждается или тормозится. На поверхности иммунных клеток рецепторы связывают антигены, в том числе и раковые, «анализируют» их и предъявляют затем Т-лимфоцитам, помогающим запустить иммунный ответ в виде протеиновых антител и клеточной атаки.

В далёком 1938 г. швейцарский химик А.Хофман (Hofmann) лизнул синтезированное им из кислоты, содержащейся в спорах спорыньи, вещество и получил настоящий «улёт». По диэтиламиду лизергиновой кислоты галлюциноген получил сокращённое название ЛСД. Лизергиновая кислота была известна тем, что вызывает эргоизм, или «корчи», вызванные поеданием хлеба с примесью спорыньи. В новое время она стала известна тем, что связывается с рецепторами адреналина и кофеина, болевыми и даже ВИЧ. Лекарства, разработанные для подавления рецепторов воспаления, стали широко известны как антигистаминные, другие лекарства, действующие на рецепторы, смягчают приступы мигрени, которой страдал герой «Мастера и Маргариты» («Ужасная болезнь гемикрания, при которой болит полголовы»). Фторсодержащие препараты для похудения и избавления от симптомов похмелья, как оказалось, «салятся» и на рецепторы сердечных клапанов.



К классу рецепторов, на которые действует лизергиновая кислота и её производное ЛСД, относятся и «белки настроения», а также один из рецепторов допамина/дофамина (D3), способствующий рождению чувств удовольствия и удовлетворения. Сходным по своему действию с допamiном является и серотонин, который синтезируется нервными клетками ствола мозга вблизи центров дыхания и сердцебиения. Неудивительно после этого, что рецепторы серотонина присутствуют на клетках сердечных клапанов. Можно напомнить, что серотонин, регулирующий тонус сосудов, был открыт в «сере», то есть сыворотке крови, откуда и его название.

Относительно давно выяснилось, что ЛСД «блокирует» белки серотониновых рецепторов, что и способствует его галлюцино-

генному действию. После 40 лет исследований наконец-то удалось кристаллизовать рецептор в комплексе с ЛСД и рассмотреть его с помощью рентгена. Выяснилось, что более мощное действие диэтиламида связано с тем, что ЛСД попадает в дополнительный карман протеина, после чего на продолжительное время фиксируется белковой петлёй. Авторы исследования надеются, что действие ЛСД на серотониновый рецептор позволит создать новые лекарства против различных состояний и в первую очередь для лечения психических расстройств, нужда в которых чрезвычайно велика.

На поверхностные протеины клеток действуют и белковые антитела. Известно, что сосуды в опухолях теряют своё правильное строение, в результате чего в их стенках возникают поры, через

которые выходит жидкость и клетки, что способствует метастазированию. Сотрудники Института базовых наук, к своему удивлению, обнаружили, что созданные ими для борьбы с сепсисом — заражением крови — антитела нормализуют структуру сосудов опухоли, что приводит к гибели её клеток. При карциноме лёгких антитела резко повышали эффективность действия платиносодержащего цисплатина. А в Университетском колледже Лондона с помощью компьютера показали, что рост опухоли повышает механическое «напряжение» в ткани, в результате чего может происходить перекрытие просвета сосудов. Именно этим объясняется наличие давно известных некрозов в опухоли, а также механо-сенсорный ангиогенез, или новообразование опухолевых сосудов.

Одним из многообещающих подходов противораковой иммунотерапии является использование Т-лимфоцитов с химеричными антиген-рецепторами (CAR). Проблема, однако, связана с тем, что создание этих рецепторов строго персонифицировано, иначе клетки с ними будут «съедены» иммунной системой пациента. Специалисты Университетского и Королевского колледжей Лондона создали универсальные CAR, с помощью которых получили в течение месяца стойкую ремиссию В-лимфоцитарной острой лейкемии у двоих детей. Новый подход позволяет увеличить срок ожидания необходимого донора стволовых клеток костного мозга для трансплантации, чем достигается полное излечение.

Игорь ЛАЛАЯНЦ,
кандидат биологических наук.

По материалам Computational
Biology, Science Express.

Исследования

Учёные из Тринити-колледжа в Дублине (Ирландия) заявили, что обнаружили неизвестный ранее фактор выстраивания иммунного ответа, который позволит разработать принципиально новые противовирусные аутоиммунные препараты. По словам учёных, этим фактором являются биологические молекулы, важные для роста клеток (STAT3), которые участвуют в формировании иммунитета против всего спектра вирусных заболеваний.

Как известно, при попадании вируса в организм, клетки вырабатывают особые вещества — интерфероны, которые заставляют антитела атаковать инородные антигены,

Стимулируя иммунитет

предотвращая их размножение в организме. Молекулы в клетках, «разбуженные» интерфероном активируются каскадом, как фишки домино, стоящие в один ряд. Этот каскад молекул называется «сигнальный путь», так как передаёт информацию об опасности от клетки к клетке.

Сигналы интерферона инициируют производство нескольких сотен видов молекул иммунного ответа, которые уничтожают вирусы и усиливают нашу иммунную реакцию. Однако многие вирусы могут противостоять иммунному

ответу, что приводит к серьёзным заболеваниям. Иммунологи из Тринити-колледжа, изучая механизмы подавления вирусами иммунного ответа, обнаружили, что в ряде случаев реакция клеток на интерферон просто блокируется.

До сих пор учёные считали, что эту способность вирусов никак нельзя обойти, так как лишь интерферон выстраивает сигнальные пути. Однако с помощью новейших молекулярных методов было обнаружено, что в построении информационных мостиков участвует и молекула STAT3.

Более того, исследователи утверждают, что без STAT3 клетки вообще не смогут бороться с целым рядом вирусов, таких как вирус гриппа или оспы. Если исследования подтвердятся, то учёные получат возможность разработать новые варианты лечения инфекционных вирусных заболеваний, восстанавливая естественный иммунитет пациента и выстраивая барьер против любого вируса.

Борис БЕРКУТ.

По информации ВВС.

Ракурс

Учёные Массачусетского технологического института (США) разработали новую лекарственную капсулу, которая остаётся в желудке в течение 2 недель. Такие капсулы могут стать мощным оружием в борьбе с малярией, ВИЧ и другими заболеваниями, где успешное лечение зависит от чёткого графика приёма определённых доз лекарства.

Капсула уже используется в рутинной медицине для дозированной доставки препарата, который, по мнению медиков, может помочь в борьбе с малярией. Кроме того, согласно заключению клиницистов, таблетку можно использовать в лечении болезни

Капсула надежды

Альцгеймера и психических заболеваний.

Существующие системы пролонгированной доставки лекарств являются либо инъекционными, либо имплантируемыми, однако инвазивные методы имеют ограниченный ареал применений и для некоторых пациентов не подходят. Команда исследователей работала несколько лет, чтобы решить проблемы защиты лекарств от воздействия агрессивной среды в желудке и кишечнике, прежде чем была создана инновационная капсула.

Она имеет вид шестиугольной звезды. Дозы препарата загружаются в её «лучи», каждая из которых крепится к основному телу с помощью специального соединения. Кислота в желудке растворяет наружный слой капсулы, позволяя звезде развернуться. Размер её достаточно велик, чтобы противостоять силам, выталкивающим пищу из желудка, но в то же время капсула компактна настолько, чтобы не вызывать непроходимости.

Дозы препарата постепенно высвобождаются в течение 2

недель, соединения, постепенно растворяясь, позволяют использованным капсулам отрываться и уходить через пищеварительную систему.

Как показали математические модели, если 70% пациентов, больных малярией, будут принимать такие препараты, то эффект будет таким же, как при лечении 90% пациентов традиционными методами. В скором времени появятся капсулы для доставки лекарств против тропических болезней и туберкулёза.

Алина КРАЗУЭ.

По информации
Science Translational Medicine.

А как у них?

Матка как источник дохода

Индийские власти подготовили поправки в законодательство, которые накладывают значительные ограничения на суррогатное материнство в стране. Вынашивание чужих детей в настоящее время – это источник дохода для многих бедных женщин, однако чиновники считают, что их чрезмерно эксплуатируют. Если поправки пройдут, услугами суррогатной матери смогут воспользоваться исключительно состоящие в браке пары, причём ребёнка для них должна будет бесплатно выносить близкая родственница.

Примечательно, что в Индии ежегодно около 2 тыс. бесплодных пар прибегают к суррогатному материнству. С тех пор как в стране его разрешили – в 2002 г., – Индия стала лидером в этой индустрии. Множество иностранных граждан приезжали в страну именно за этим, поскольку услуги суррогатных матерей здесь были недороги, а клиники давали определённые гарантии безопасности. В 2012 г. правила ужесточили, исключив из списка возможных потребителей такой услуги однополые пары и одиноких людей.

В ноябре прошлого года власти распорядились больше не принимать иностранцев в клиниках, специализирующихся на суррогатном материнстве. Сейчас закон планируют сделать ещё более строгим. Министр иностранных дел Сушма Сварай пояснила, что услугами суррогатных матерей пользуются не так, как следует, и что поправки направлены на защиту благосостояния таких женщин. По её словам, были случаи, когда девочек или инвалидов бросали вскоре после рождения.

Эксперты в области здравоохранения отметили, что часто вынашивающие чужих детей женщины никак не защищены. Если что-то пойдёт не так, у них может не быть медицинской страховки, бывали случаи, когда женщин принуждали подписывать контракты, которых те не понимали. Чаще всего в клиниках суррогатным матерям подсаживают нескольких эмбрионов, чтобы прижился хотя бы один, а если в итоге их больше одного – «лишних» abortируют, что также не добавляет женщине здоровья. Именно этим руководствовались власти страны, продвигая новый законопроект.

Однако сами суррогатные матери выразили несогласие с поправками. «Министрам легко сидеть в

их плюшевых офисах и принимать решения за нищих», – заявила одна из них. Другая, будучи вдовой, рассказала, что ей пришлось по условиям контракта отдать своих детей в приют, пока она вынашивает двойню для заказчика, и что она уверена, что поступает правильно. Для неё это единственный шанс выбраться из нищеты, так как обычно она зарабатывает очень мало, её муж умер, а его семья вышвырнула её на улицу, беременную вторым ребёнком.

Специалист по репродуктивным технологиям Найана Пател, которая за годы своей работы приняла более тысячи детей, выразила своё беспокойство по поводу законопроекта, указав, что запрет может принести больше вреда, чем пользы. «Всё, что вы запрещаете полностью, будет делаться подпольно», – заявила она. Эксперт добавила, что ужесточение правил лишит женщин из бедных слоёв общества возможности хоть как-то поправить свои финансовые дела. «Она не делает ничего аморального. Она не разрушает семью, она создаёт её, и пока она совершает своё благородное деяние – кто мы такие, чтобы показывать на неё пальцем и утверждать, будто она продаёт свою матку?», – резюмировала Н.Пател.

Ситуация

Тарли Покстон (Tarly Poxton) из Южного Йоркшира (Великобритания) родилась с редким наследственным заболеванием – ихтиозом. Эта патология поражает кожу, делая её слоистой, заставляя пузыриться и зудеть. Тарли приходится пользоваться специальными увлажнителями, и, конечно, болезнь её очень расстраивает. Чтобы поддержать дочку, мама Тарли Кори, у которой нет этого заболевания, сделала себе татуировку.

В поддержку дочери

Девочке достаточно долго не могли поставить диагноз. Она родилась на 4 недели раньше, чем ожидалось, и уже в больнице родители заметили первые проявления болезни – кожа на ножке новорождённой покрывалась пузырями и отваливалась. Кори поделилась, что была в этот момент в панике. Малышку долго лечили от экземы, и только в 3 года тест показал, что этого заболевания у неё нет. В течение следующих 3 лет (сейчас девочке 6) родители посетили вместе с ней 12 врачей-дерматологов, и только в прошлом месяце наконец-то специалисты распознали у Тарли ихтиоз. Кроме всего прочего, потовые железы ребёнка работают неправильно, и её организм не может полноценно регулировать свою температуру.

Кори рассказала, что их день начинается с душа – они поднимают дочку, моют её и мажут всю кожу специальным кремом. Это необходимо делать 6 раз в

день. В школе, которую посещает Тарли, пошли ей навстречу, там 3 раза в день её обрабатывают увлажняющими средствами. Кори добавила, что девочка никогда не ноет по поводу процедур, так как понимает их необходимость.

Однако, несмотря на такую сознательность, малышка постоянно спрашивала у мамы, почему болеет именно она, а у Кори и у сестры Перл с кожей всё в порядке. Чтобы поддержать дочь, Кори связалась с татуировщиком и нанесла себе на ногу рисунок в форме сердца. Внутри сердца вытатуированы разводы, повторяющие внешнее состояние кожи Тарли, а под сердцем расположена надпись Little me (маленькая я). Девочка очень обрадовалась и теперь всем рассказывает о том, как мамин рисунок на ноге напоминает её собственную кожу. Специалисты говорят, что поступок матери очень помог самооценке Тарли.

Взгляд

Ежегодно по всему миру рождаются 119 тыс. детей, страдающих фетальным алкогольным синдромом (ФАС), самым серьёзным заболеванием из всего списка расстройств фетального алкогольного спектра. Вследствие употребления алкогольной продукции беременной, у плода могут возникать различные нарушения развития, как физические, так и психические. В мире, согласно исследованиям учёных, около 10% женщин пьют во время беременности, а в некоторых странах их доля доходит до 45%. Сотрудники Центра исследования зависимостей и психического здоровья в Торонто (Канада) выявили страны, правительству которых, по мнению исследователей, следует обратить особое внимание на профилактику употребления алкоголя будущими мамами.

Дети из «подшофе»

Как подчеркивают исследователи, отнюдь не у каждой пьющей матери рождается ребёнок с нарушениями, такое происходит примерно в 1 случае из 67. Из каждых 10 тыс. детей, чьи матери употребляли алкоголь во время беременности, ФАС диагностируют у 15 человек. Это заболевание характеризуется проблемами с психикой, поведением и обучением, а также физическими особенностями – определённым строением лица, дефицитом роста и веса. Авторы исследования отметили, что цифры могут быть заниженными, так как они не учитывают других заболеваний из группы расстройств фетального алкогольного спектра.

Что именно влияет на заболевание – пока не известно. Неясно, есть ли зависимость между вероятностью возникновения патологии и количеством алкоголя, частотой и временем его употребления. Возможно, свою роль играют курение, стресс, неправильное питание, генетика. Безопаснее всего, по мнению учёных, полностью воздерживаться от алкогольных напитков во время вынашивания ребёнка. Алкоголь может нарушить развитие любого органа плода, особенно сильно его влияние на формирующий мозг.

Исследователи назвали 5 стран, где беременные женщины чаще всего употребляют алкоголь: это Россия, Великобритания, Дания, Белоруссия и Ирландия. В среднем в Европе пьют в 2,6

раза больше, чем в среднем по планете. Самый низкий уровень употребления алкоголя зафиксирован в Восточном Средиземноморье и Юго-Восточной Азии, жители этих регионов предпочитают воздерживаться от подобных напитков.

Разработанную модель учёные планируют применить в дальнейшей работе, чтобы подсчитать не только количество детей, рождающихся с ФАС, но и тех, кто появляется на свет с родственными патологиями. Год назад сотрудники Центра исследования зависимостей и психического здоровья обнаружили, что расстройствам фетального алкогольного спектра сопутствуют ещё 428 различных заболеваний. Новорождённые, страдавшие чем-либо из списка данных нарушений, чаще имели проблемы со зрением, слухом, позже у них выявляли дефицит внимания, затруднения в коммуникации. Только одна Канада к 2016 г. тратила 1,8 млрд долл. на лечение последствий ФАС.

Следует отметить, что развитие заболевания может зависеть не только от матери, но и от отца. Как известно, если отец злоупотреблял алкоголем, у его сына или дочери могут быть проблемы вне зависимости от того, воздерживалась мать от алкоголя во время беременности или нет. У 75% детей с ФАС отцы были алкоголиками.

Идеи

Гадание на крови

В Бостонском университете (США) разработали качественно новую методику анализа крови, которая позволит предсказать продолжительность жизни любого человека. Исследование было проведено на 5 тыс. добровольцев.

Специалисты исследовали образцы их крови, а затем в течение 8 лет вели наблюдения над состоянием их здоровья. Затем они определили модели

здоровья, которые предполагали как позитивные, так и негативные сценарии жизни, в частности, шансы на приобретение возрастных заболеваний, таких как онкологическая патология, болезни сердца сосудов и сахарный диабет 2-го типа.

Исследователи обнаружили 26 различных биомаркёров крови, предсказывающих вероятность развития заболеваний. По словам авторов исследования, профессора Паолы Себастиани и док-

тора Томаса Перлза, это позволит прогнозировать тенденции старения, изменений умственных, физических функций и возрастных патологий. Огромное значение этого исследования в том, что данная методика позволит пациентам выявить реальные риски для здоровья на ранних стадиях. И, самое главное, вовремя изменить свой образ жизни, чтобы предотвратить преждевременную смерть.

Для подтверждения результатов исследований учёные намерены провести тестирование больших групп добровольцев.

Однако

Учёные неоднократно сообщали, что недосып вреден для здоровья, подтверждая свои слова результатами многочисленных исследований. Недостаток сна может ослабить иммунитет, вызывать депрессию, ухудшение памяти, набор веса и многие другие неприятные последствия.

Исследователи из Университета Иллинойса (США) под руководством Аны Рикардо выяснили, что пациентам, страдающим хронической болезнью почек, нужно быть особенно внимательными к тому, сколько они спят. Недостаток сна может спровоцировать обострение заболевания и ухудшить состояние больных.

В эксперименте, который провели исследователи, приняли участие 432 взрослых пациента, страдающих хронической болезнью почек. С помощью специальных браслетов учёные измерили продолжительность сна участников эксперимента, а также примерно в течение 5 лет наблюдали за состоянием их здоровья.

В среднем ночной сон продолжался 6,5 часов. За время наблюдения у 70 участников развилась почечная недостаточность, а 48 человек скончались. Каждый дополнительный час сна снижал риск развития почечной недостаточности на 19%, а увеличение фрагментации сна на 1% (дробления

Почки любят сон



сна из-за микропробуждений на множество фрагментов) повышал эту вероятность на 4%.

Люди, испытывавшие сонливость днём, умирали на 10% чаще, чем те, кто в течение дня чувствовал себя бодрым. Исследователи счи-

тают, что качество сна является недооценённым фактором риска прогрессирования хронической болезни почек. Специалисты, ведущие пациентов, должны уделять больше внимания нормализации сна больных.

Подготовил Марк ВИНТЕР.
По информации Medical Xpress, Daily Mail, Science Daily.

Выдающемуся советскому кардиохирургу и учёному Викентию Пекарскому 2 февраля этого года исполнилось бы 80 лет. В энциклопедиях информация о нём лаконичная: заведующий кафедрой общей хирургии Томского медицинского университета, заведующий хирургическим отделением НИИ кардиологии Томского научного центра Сибирского отделения РАН, доктор медицинских наук, академик РАН. И две основные даты: 1937 – год рождения, 1994 – год смерти.

Всего 57 лет – разве этого достаточно для человека, одарённого ярким талантом и необычайной работоспособностью? На барельефе, установленном на фасаде Томского института кардиологии, Викентий Викентьевич запечатлён в хирургическом костюме – самой привычной для себя одежде. Необычна лишь поза: его рука лежит на сердце, как будто там источник боли. И эта поза очень символична. Доктор Пекарский не жалел себя – он спешил помогать другим, хотел как можно больше успеть и в науке, и в медицине. Будто предчувствовал, что его земной путь будет коротким. Однако и сегодня, спустя больше 20 лет со дня его ухода, дух В.Пекарского продолжает жить в институте, и все, кто работал рядом с ним, признаются, что так и не привыкли говорить о нём в прошедшем времени.

Однокурсник, друг и коллега Викентия Пекарского – академик РАН Ростислав Карпов, директор Томского НИИ кардиологии с 1986 по 2015 г., рассказывает о своём выдающемся современнике, блестящем хирурге, учёном-новаторе:

– Викентий родился в семье капитана речного флота и сельского врача. Он мог бы, как его отец, стать капитаном, ибо природа наделила его необходимыми для этого качествами: высокий, физически сильный, выносливый, решительный, смелый, лидер в любой ситуации. Но ведь всё это важно и для хирурга, и для работы, которой он в итоге посвятил свою жизнь.

Мечта о кардиохирургии родилась у Викентия на первых курсах института. Даже на циферблате его наручных часов было нарисовано сердце! На 2-м курсе Викентий начал дежурить по «скорой» в институтской клинике. С 3-го курса он активно занимался наукой в студенческом кружке кафедры пропедевтической хирургии. Летом после 3-го курса отправился в Киев на стажировку к знаменитому кардиохирургу Н.Амосову, ассистировал тому во время операций. Кстати, первое изобретение Викентия Викентьевича было воплощено в реальный медицинский инструмент ещё в студенческие годы, и это была модификация комиссуротома Амосова.

В научном кружке, заручившись помощью инженеров томских предприятий, В.Пекарский изготовил наркозный аппарат, освоил технику интратрахеального наркоза и проводил его сначала в экспериментах на собаках, а на 6-м курсе уже самостоятельно давал наркоз на сложных операциях известного томского онколога А.Генке. В то же время он активно занимался спортом, был чемпионом ДСО «Медик» по метанию молота. Как-то он сказал: «Всю жизнь буду заниматься спортом и хирургией». Но в итоге медицина победила, ей он оставался фанатично предан до конца.

Первым местом работы молодого дипломированного врача В.Пекарского стало хирургическое отделение Томского городского противотуберкулёзного диспансера. Здесь он много оперирует, даёт наркозы, но при этом не разрывает связь с кафедрой пропедевтической хирургии, где в то время были уникальные условия для экспериментальной хирургии. В тот период Викентия Викентьевича увлекала важнейшая проблема кровопотери во время операции. Глубоко изучив её, он предложил метод определения операционной кровопотери,

основанный на измерении электропроводности. Совместно с инженерами И.Бурнашовым и К.Ивановым начинающий врач и учёный Викентий Пекарский разработал аппарат для измерения кровопотери, который был выпущен малой серией и внедрён в практику ряда клиник Томска и Москвы. Это качество хирурга-исследователя В.Пекарский пронёс через всю свою жизнь.

Один из соратников В.Пекарского, клинический физиолог про-

биоуправляемый электрокардиостимулятор с регистрирующим устройством АСУРС-4М.

Итогом этих разработок стала докторская диссертация «Управление ритмом сердца с помощью электрической стимуляции парными, тройными и кардиосинхронизированными импульсами». Практикующий кардиохирург и доктор наук, в 35 лет выполнивший самостоятельное исследование от идеи до её воплощения в клиническую практику, создав уникальное отече-

За этим последовали исследования по модуляции АВ-узла при узловых тахикардиях.

Третий проект – это создание имплантируемого дефибриллятора. Общеизвестно, что мировой приоритет по развитию и внедрению имплантируемого дефибриллятора принадлежит профессору М.Миrowski (США). Приоритет же В.Пекарского заключается в усовершенствовании формы электрического импульса. Ему удалось уменьшить энергию импульса для

Помню наш разговор с Викентием, он тогда сказал: «Да я во сне сделал уже все сложные операции на сердце». Но это, конечно же, было не только во сне. В.Пекарский посещал многие ведущие клиники страны, ассистировал Н.Амосову, работал в клинике Е.Мешалкина, Институте сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н.Бакулева. Первые операции с искусственным кровообращением были выполнены Викентием Пекарским в 1988 г., а уже к 1990 г. в клинике выполнялся весь

Имена и судьбы

Короткая жизнь с длинным послесловием

Доктор Пекарский не жалел себя – он спешил помогать другим



Академик В.Пекарский

фессор Ю.Власов, вспоминает: «Стремительность, с которой он жил, жадность, с которой он работал, глубина технической проработки идей, которые он схватывал на лету и превращал в реальные материальные ценности, ставят его в один ряд с выдающимися хирургами Советского Союза и России».

Но всё это ещё впереди, а пока – упорный, изнуряющий труд. В 1964 г. Викентий Пекарский защитил кандидатскую диссертацию «Определение кровопотери методом измерения электропроводности крови». Его сразу же пригласили в Новокузнецк, гарантируя квартиру и существенно большую зарплату. А в Томске – серьёзные перспективы в науке, хотя и сложные бытовые условия, в которых находилась молодая семья Пекарских. Колебания, конечно, были, но победило увлечение наукой.

А.Евтушенко, один из учеников В.Пекарского, вспоминает, что Викентий Викентьевич часто говорил своим молодым коллегам: «Наука, а особенно хирургическая – это подвижничество. Если пришёл в науку, сначала принеси клятву верности и готовности идти до конца, невзирая на трудности, и только после этого входи в храм. Не поклялся на крови – нечего тебе здесь делать».

На кафедре пропедевтической хирургии Томского мединститута В.Пекарский прошёл все основные этапы профессионального роста от врача-ординатора до заведующего. С 1964 г. он начал исследования в новом и очень перспективном направлении – электрическая стимуляция сердца. Направление это только зарождалось, не было аппаратуры, малоизвестны были зарубежные литературные источники. И здесь опять проявляется сочетание таланта хирурга-исследователя с колоссальными организаторскими способностями Викентия Викентьевича. Он быстро сформировал группу энтузиастов, в которую входили инженеры и студенты-кружковцы. В кратчайшие сроки были созданы три функционирующие модели асинхронных стимуляторов: электрокардиостимулятор-дефибриллятор ЭКСД-1, электростимулятор-2М для одиночной и парной стимуляции, а также универсальный

ственное оборудование, – явление в мировой хирургии нечастое.

С 1975 г. В.Пекарский с сотрудниками кафедры пропедевтической хирургии Томского мединститута приступают к разработке методики отдельного и сочетанного применения электрокардиостимуляции и вспомогательного кровообращения в лечении сердечной недостаточности. Он впервые сформулировал концепцию одномоментного управления двумя функциями серд-

эффективной дефибрилляции, что привело к уменьшению размера самого дефибриллятора. После успешной реализации каждого из проектов появлялись публикации об этом в научных журналах.

Результатом пионерских исследований томских учёных было создание в 1985 г. первых отечественных дефибрилляторов – наружного и имплантируемого автоматического. Значение этих исследований подтверждают из-

спектр кардиохирургических операций того времени. И практически все виды операций на открытом сердце в Томске первым выполнил Викентий Пекарский.

Поражает его широкий кругозор исследователя. Он занимался ревматизмом, внедрял электроимпульсную терапию мерцательной аритмии, разрабатывал хирургические методы лечения больных миопатиями, создал автономный стимулятор желудочно-кишечного тракта и зонд-электростимулятор, работал над проблемой электрической стимуляции спинного мозга и костей и т.д. Но истинной его «лебединой песней» можно назвать разработку авторского варианта операции электростимуляционной кардиомиопластики для лечения тяжёлой сердечной недостаточности.

У В.Пекарского был высокий международный авторитет. Он участвовал в работе Международного общества электростимуляции и электрофизиологии сердца. У него были творческие контакты с ведущими специалистами мира. Он читал лекции в Королевской медицинской школе госпиталя Хаммерсмит (Великобритания), в Токийском университете (Япония). Присутствовавший на лекции В.Пекарского в Лондоне академик В.Новицкий рассказывал: «Пекарский докладывал о результатах выполненной в его клинике операции кардиомиопластики, и все ведущие хирурги Англии стоя аплодисментами приветствовали его. Я был свидетелем триумфа».

Своей эрудицией, неукротимой энергией и, конечно же, преданностью кардиохирургии В.Пекарский, как магнит, притягивал к себе. В то же время, по словам его ученика профессора А.Чернявского, одной из отличительных черт характера Викентия Викентьевича была требовательность, хотя «самые высокие требования он предъявлял к самому себе, начиная с белоснежного халата и шапочки, бережного отношения к пациентам, доброжелательного отношения к коллегам».

Далеко не все выдерживали заданного им ритма, многие уходили. Но большинство оставалось. Так создавались научные школы хирургов В.Пекарского, из которых вышло немало признанных специалистов. У Викентия Пекарского было два основных направления исследований – аритмология и кардиохирургия, поэтому мы вправе говорить о двух созданных им, хорошо известных в мире томских школах – интервенционной аритмологии и кардиохирургии. Обе они продолжают развиваться вместе с прогрессом современной хирургии сердца.

Подготовила Елена БУШ,
корр. «МГ».

Фото из архива Томского
НИИ кардиологии.



Показательная операция для учеников и коллег

ца: электрической – с помощью электрокардиостимуляции и механической – с помощью прямого кардиомассажа, периферической, или центральной контрпульсации, или внутриаортальной.

А через 5 лет, с открытием сибирского филиала Всесоюзного кардиологического научного центра АМН СССР в Томске было создано первое за Уралом специализированное отделение электрокардиостимуляции и вспомогательного кровообращения, возглавил которое В.Пекарский. Госкомитет по науке и технике СССР поручил ему «разработать и внедрить в клиниках филиала ВКНЦ Томска метод и специализированное устройство для осуществления одномоментной электрокардиостимуляции и вспомогательного кровообращения внутриаортальным баллонированием».

Оценивая результаты научной деятельности томских интервенционных аритмологов под руководством Викентия Пекарского, можно выделить три научных проекта с мировым приоритетом. Прежде всего это абляция АВ-узла. В 1982 г. была проведена первая успешная операция эндоваскулярной абляции АВ-узла молодому пациенту с фибрилляцией предсердий, выраженной тахикардией до 200 ударов в минуту.

В 1986 г. В.Пекарский с сотрудниками разработал и запатентовал биполярный способ абляции АВ-узла со стороны левого желудочка.

вестные специалисты в хирургической аритмологии. В частности, В.Поляков пишет в воспоминаниях о В.Пекарском: «Он упорно двигался вперёд, занимаясь разработкой новых направлений (дефибрилляция, кардиомиопластика, радиочастотная абляция). В этих областях он так и остался пионером». В.Пекарского можно считать одним из основоположников современной аритмологии в СССР и России.

И всё-таки, занимаясь фундаментальными исследованиями в области интервенционной аритмологии, Викентий Викентьевич не забывал про свою главную мечту – большую хирургию сердца. Один из его учителей и соратников, Н.Паршин, вспоминает: «Про золотые руки Пекарского уже было известно, больные стремились попасть к нему. Викентий переживал за больных и выхаживал их, не думая о времени и усталости. Он стал Мастером, на которого молиться надо. На него и молились».

Спектр его хирургических вмешательств ограничивался отсутствием в клинике аппарата искусственного кровообращения. К сожалению, становление большой хирургии сердца началось в Томске только в 1987 г. В.Пекарскому было уже 50 лет – возраст, можно сказать, «пределный», чтобы начать осваивать современную кардиохирургию. Так считал, в частности, министр здравоохранения РФ А.Потапов. Высказывал сомнения и Е.Чазов.

На литературный конкурс

В мире и в море искусства

Великий Оскар Уайльд некогда мудро заметил, что «на самом деле искусство отражает не жизнь, а зрителя». И он был, конечно же, прав!

Так вот, однажды одной компетентной комиссии было предложено проверить, как обстоят дела с этим самым искусством в одном из весьма отдалённых уголков нашей бескрайней родины, правильно ли оно отражает жизнь и не в кривом ли, случайно, зеркале.

И прибыла эта комиссия в славный некогда город Нижний Северо-Вьюженск, расположенный где-то на Дальнем Востоке. И начала она вверенную ей проверку без официального уведомления соответствующих руководителей местной культуры, то есть совершенно инкогнито.

Первым делом проверяющие двинулись в местный театр оперы и кордебалета. И сразу же стали свидетелями нового современного прочтения знаменитой оперы Петра Ильича Чайковского «Евгений Онегин», где молодая, но уже продвинувшая местная певица Лара Татьяна, исполняющая роль Татьяны Лариной, прямо на сцене писала письмо своему любимому Евгению на компьютере, а потом, отправив его по электронной почте, начинала петь ему свою знаменитую арию по «скайпу».

Изучив дальнейший репертуар этого «авангардного» театра, расположенного ныне, как потом узнала комиссия, в бывшем Центральном городском шахматном клубе, она тут же обнаружила, что завтра вечером в этом театре должны состояться доигрывания неоконченных вчера и позавчера партий Хозе из



оперы Бизе «Кармен» и Ивана Сусанина из одноимённой оперы Мусоргского.

Не зная точно, как оценить по достоинству все эти театрально-оперные новаторства, комиссия также инкогнито двинула в местный Театр драмы и кинокомедии. Легко попав на также авангардную постановку знаменитой шекспировской трагедии «Отелло», комиссия узрела, как в последнем акте почерневший от ревности Отелло душит несчастную Дездемону духами местной полуправильной парфюмерной фабрики.

Зато, решив уже на следующий день проверить репертуар и качество работы ещё одного местного театра, комиссия не смогла этого сделать, поскольку натолкнулась на препятствие в виде красочного объявления, гласящего: «В Театр одного актёра весь билет продан!».

Зато в тот же день комиссия обнаружила в местной газете «Культурные вести Нижнего Северо-Вьюженска» поразившую их, можно сказать, до глубины... информацию о том, что для привлечения зрителей в театры руководство местной культуры и искусства ввело интереснейшее новшество: билеты, приобретённые потенциальными зрителями, будут участвовать в лотерейном розыгрыше ценных и даже бесценных призов, а первым и главным из них будет абонемент на все спектакли местного «Театра одного актёра».

Тогда эта компетентная комиссия решила отправиться на местный филиал одного из известнейших отечественных кинообъединений, чтобы, так сказать, воочию пронаблюдать творческий процесс. И здесь их ждало неожиданное известие о том, что вместо запланиро-

ванного фильма о тружениках и особенно передовиках местного коневодства творческий коллектив по велению спонсоров и продюсеров начал создавать сразу два киношедевра: «Всадник без головы» и «Голова профессора Доуэля».

Но потом подошло время проверки состояния в этом весьма отдалённом городе изобразительного искусства. И комиссия почти в полном составе явилась в местную галерею живописи. При этом уже вовсе не инкогнито. И первое, что гордо показали ей радушные руководители этой галереи, было совершенно чистое полотно местного художника Казимира Малевича, сумевшего запечатлеть на нём собственное видение знаменитой шапки-невидимки.

И ещё комиссии была показана недавно созданная местным живописцем Кузьмой Петровым-Самогонским картина «Купание белого коня возле Нижне-Северо-Вьюженского химкомбината».

А потом руководство долго и восторженно докладывало этой компетентной комиссии из центра, что даже у них, так сказать, на периферии, ведутся большие и даже кропотливые художественные научно-исследовательские работы. Результатами которых, к примеру, бывают, можно сказать, эпохальные открытия. Так, совсем недавно местному исследователю и историку живописи Арнольду Верховенскому удалось доказать, что, согласно его многолетним исследованиям знаменитого портрета Моны Лизы кисти гения Леонардо да Винчи, так называемая улыбка Джоконды на самом деле является усмешкой!

Всего этого хватило компетентной комиссии сполна. И она, не став проверять ещё и уровень музыкальной культуры в этом городе, всем составом покинула его. Ведь впереди у неё было ещё немало «открытий» в расследовании состояния дел на «культурных островках» провинциального искусства.

Московская область.

Умные мысли

Евгений ТАРАСОВ

В борьбе за здоровье все равны

- Борьба за здоровье может быть вольной и невольной.
- Мало пойти на поправку, надо ещё суметь дойти.
- Положа руку на сердце, не следует мешать его биению.
- Если у вас куры денег не клюют, это ещё не значит, что вы заболели птичьим гриппом.
- Золотые зубы хочется не пломбировать, а опломбировать.
- Молчание – знак согласия с рекомендацией лор-врача беречь голос.
- Ловкач, даже дыша на ладан, ухитрится хорошо провентилировать лёгкие.
- Хорошо, когда болезнь проходит сама, ещё лучше – если мимо.
- Многим из нас начинать на своё здоровье, особенно в эпидемию гриппа.
- Сердце бьётся за правильное кровообращение.
- Труднее всего расхлёбывать кашу, заварившуюся в голове.
- Цены на транквилизаторы растут на нервной почве.
- Плохо, если пациенты пульмонолога не могут на него надышаться.
- Не только кость, но и абсцесс может встать поперёк горла.
- Наши люди нередко пьют с умом, который за разум заходит.
- И пациенты реаниматологов должны занимать активную жизненную позицию.
- Не каждый человек, у которого есть крылья носа, чувствует себя окрылённым.
- Полным дуракам разгрузочные диеты не помогают.
- Худшая из болезней – это страх болезней.
- Здоровье не всем позволяет бегать по врачам.
- Время – лучшее лекарство, которое уже тоже пытаются фальсифицировать.
- Дороже здоровья могут быть только импортные лекарства.
- Болезнь – это главное напоминание о том, что необходимо вести здоровый образ жизни.
- Смех продлевает жизнь, если смеяться не только над чужими болячками.

Тверь.

Орган у рыб	Прокофьев, опера	"Три ... Вебер	Пневмокониоз	Хозяйство на Руси	СКАНВОРД										Земля-ройка	Мягкий металл	Ажгон	Трава, краситель	Масса														
Рос. скульптор	А. Н. Толстой, сказка			Энокса-паринатрия								Дает корова				Балка на дне судна																	
		Сияние вокруг головы		Шотл. врач	Нежность		Острый приступ болезни		"Доход-место", перс.	Едино-рог		Пешня				Сторона тела		Мастро-янии, фильм															
Старин. кабард. танец	"Черная стрела", перс.			Швед. метеоролог			Звезда, Большой Пес		"Усы-ские шлемо-носцы"							Нем. географ																	
		Вест-ница Зевса		Голд-берг	Олень, Юж. Азия							Пенто-кси-филлин																					
	Кирг. муз. инстру-мент	Город, Чувашия	Бремя	Удли-ненный холм			"Китай-ская слива"	Амунд-сен, судно	Драма-тург ... Крус							Приток Подкам. Тун-гуски																	
			Живо-писец ... Гон-салвиш		Дар (араб.)				"Форд", модель																								
	Шумный успех	Осно-вание пред-мета		"А ... здесь тихие"	Город, Сербия		Зап. мыс Европы																										
Автор Валерий Шаршуков			Позже (прост.)				Зол-пидем																										
										Д	Е	Б	Ю	Т	П																		
										У	Л	И	Р	Б	И	С	Д	И	Г	О	К	С	И	Н	У	Л	О						
										Г	Л	Ю	О	Н	Р	И	Г	Р	А	Н	А	Т	И	В	А	Н							
										Р	А	З	О	А	Р	Т	А	К	С	Е	Р	К	С	Д	Ж	И	Г	И	Т	И	Х	Н	А
										Ю	А	Т	Е	Щ	А	Ш	А	Г	Б	О													
										К	О	Л	Х	И	И	В	И	К	Р	Л	У	Н	Г										
										Ю	О	Т	У	Н	Е	И	Р	О	Д	И	А	Д	А										
										М	У	Р	Я	Р	В	Е	Т	К	Р	О	М												

Ответы на сканворд, опубликованный в № 9 от 08.02.2017.