

События

Травмо... дворец!

Комфорт для больных здесь – норма



В городской клинической больнице № 2 Кемерово завершён ремонт травмоцентра второго уровня, ориентированного на оказание высокоспециализированной медицинской помощи пострадавшим в ДТП. Здесь созданы самые современные условия для пребывания и лечения пациентов и работы медперсонала.

Травмоцентр был создан на базе больницы ещё в 2012 г. В рамках федеральной «дорожной программы» его существенно усилили необходимым оборудованием, однако до качественного ремонта дело дошло только сейчас.

– 16 млн руб. на проведение ремонтных работ мы получили из бюджета Кемеровской области, ещё 3,7 млн направили на эти цели из соб-

В операционной травмоцентра

ственных внебюджетных средств, – уточняет главный врач больницы Нэлла Чернобай. – А кроме того, больница вложила 18 млн в покупку дополнительного медицинского оборудования, мебели и мягкого инвентаря.

Сегодня обновлённому травмоцентру больше подходит определение «травмодворец». Впрочем, вся его роскошь сугубо функциональная, без излишеств.

Так, во всех помещениях отделения смонтирована современная вентиляция, удаляющая любые посторонние запахи. В оперблоке установлены новые рентгенопрозрачные столы: теперь травматологи смогут выполнять операции на по-

звоночки под рентгеноконтролем. Поверхность столов имеет продольное смещение (можно передвинуть пациента прямо во время операции) и ряд ортопедических приспособлений для травмированных конечностей. А бестеневые светодиодные лампы снабжены «умными» датчиками: если доктор наклонится слишком низко, датчик «уберёт» тень с операционного поля, изменив угол освещения.

Впервые в отделении появилась палата интенсивной терапии, оснащённая мониторами слежения и анестезиологической консолью для подключения наркозно-дыхательной аппаратуры.

(Окончание на стр. 2.)

Олег КАРПОВ,
генеральный директор НМХЦ
им. Н.И.Пирогова, профессор:

Хирургическим сообществом не все новые технологии принимаются на «ура»...

Стр. 4-5



Роб КОРЕМАНС,
главный исполнительный директор
глобального подразделения
Специализированной помощи Teva:

Инновации – это нечто большее, чем просто излечение пациентов.

Стр. 10

Константин ЗОРИН,
доцент кафедры общей психологии
МГМСУ им. А.И.Евдокимова:

Православие рассматривает эмбрион в качестве человека с момента зачатия.

Стр. 11



Работают мастера

Успешное разделение

В Детской городской клинической больнице № 13 им. Н.Ф.Филатова Департамента здравоохранения Москвы успешно провели операцию по разделению сиамских близнецов, сросшихся в области живота. Об этом сообщила главный врач клиники, главный неонатолог Департамента здравоохранения Москвы, профессор кафедры госпитальной педиатрии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова Антонина Чубарова.

– Операция по разделению маленьких пациентов, в которую были вовлечены 20 специалистов, продолжалась более 10 часов. Сейчас дети находятся в отделении реанимации в тяжёлом состоянии на искусственной вентиляции лёгких, – отметила А.Чубарова. – Близнецам потребуются интенсивная терапия на протяжении долгого времени. Прогноз на сегодняшний день достаточно сложный, – подчеркнула она.

В свою очередь, главный детский хирург столичного Департамента здравоохранения, заведующий отделением детской торакальной хирургии «Филатовки», заведующий кафедрой детской хирургии РНИМУ, профессор Александр Разумовский констатировал, что девочки хо-

рошо перенесли операцию.

– Мы столкнулись с чрезвычайно сложным по конструкции пороком: помимо общего кишечника у близнецов оказались общие желчные пути. Дети перенесли операцию, на мой взгляд, великолепно. В целом результат можно назвать удовлетворительным. Тем не менее у них сохранились дефекты брюшной стенки, которые мы на данный момент не можем закрыть. В этой связи мы используем специальные контейнеры, то есть создаём искусственную брюшную полость, которая поддерживает нормальное внутрибрюшное давление.

Яков ЯНОВСКИЙ.

МИА Сити!

Москва.

Профилактика

В борьбе с наркоманией нет выходных

Международный день борьбы с употреблением наркотиков и их незаконным оборотом стал для многих медиков Омской области напряжённым рабочим днём. Как, впрочем, и для сотрудников некоторых других ведомств и волонтеров общественных организаций.

Специалисты областного Центра медицинской профилактики и отделения профилактики городской поликлиники № 3 Омска провели десятки индивидуальных «антинаркотических» бесед на улицах города с людьми разного возраста, попутно

распространяя брошюры, листовки, плакаты.

Но, конечно, основная нагрузка легла на плечи специалистов наркологических служб. Наркологическая ситуация в Омской области тревожная, преимущественно в молодёжной среде, где особенно быстро происходит распространение наркотических, психотропных и токсических веществ. Подростки в 7 раз чаще, чем взрослые, попадают в зависимость от наркотиков. И чем раньше происходит приобщение к психоактивным веществам, тем быстрее формируется наркотическая зависимость. Поэтому медики

наркологической службы региона возобновили такие массовые акции, как «Сообща, где торгуют смертью!», «Территория здоровья», «Свобода выбора», с экспресс-тестированием на наркотики.

В Омске и сельских районах Прииртышья наркологи информировали население о проблемах и последствиях употребления наркотиков на лекциях, семинарах и «круглых столах», вели беседы о здоровом образе жизни.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

Stormoff®
МЕДИЦИНСКИЕ РАСХОДНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

Одноразовые хирургические сшивающие аппараты

- Инновационные разработки в отрасли сшивающих аппаратов
- Удовлетворение потребностей во всех областях хирургии
- Оперативная отгрузка продукции с собственного склада

+7(495) 956-05-57
www.stormoff.com

Новости

Общественное здоровье и инновации

Министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова приняла участие в I Российско-французском форуме «Общественное здоровье и инновации в медицине». Форум организован Российской и Французской академиями наук, что демонстрирует высокий уровень международного сотрудничества между научным сообществом и специалистами в области медицины. Модераторами мероприятия стали вице-президент РАН Иван Дедов и секретарь Фонда французской медицинской академии Ив Жюйе. В рамках форума обсуждались актуальные и социально значимые вопросы общественного здоровья и научной деятельности, в частности, развитие биомедицинской науки, распространение сахарного диабета, а также возможности терапии больных с онкологическими заболеваниями.

— Одна из задач форума — привлечь интерес широкого круга участников к совместным научным разработкам и исследованиям, — отметила В.Скворцова.

Павел ЛЕОНИДОВ.

Москва.

Осваивают уникальные операции

Впервые в Алтайском крае проведена клапаносохраняющая операция. Прооперирована 58-летняя женщина, которая имела приобретённый порок сердца, пролапс митрального клапана 3-й степени и выраженную митральную недостаточность. Ей проведена пластика митрального клапана с использованием искусственных хорд и опорного кольца в условиях искусственного кровообращения. Неохорды сделаны из специального материала.

— Раньше при такой патологии выполняли удаление клапана и заменяли его на протез, — говорит заведующий кардиохирургическим отделением Дмитрий Ананьев. — Это, безусловно, спасало жизнь пациентам, но и доставляло ряд сложных проблем. Сейчас же, после проведения пластики, остаётся свой «отремонтированный» клапан с исключением серьёзных рисков.

По словам главного врача больницы Валерия Елыкова, стратегия развития кардиохирургической службы направлена на клапаносохраняющие операции и миниинвазивные доступы. Сотрудники отделения проходят обучение в лучших российских и зарубежных центрах и активно реализуют свои знания на практике. Эта уникальная методика уже поставлена на поток.

Алёна ЖУКОВА.

Барнаул.

Чтобы легче переносить жару

Во всех медучреждениях Москвы созданы зоны комфортного пребывания с кондиционерами и кулерами, чтобы пациентам было легче переносить жару.

— Зоны комфорта организованы во всех поликлиниках города, — сообщил руководитель столичного Департамента здравоохранения Алексей Хрипун. — Создание зон комфортного пребывания пациентов в амбулаторных центрах — одно из основных требований столичной программы улучшения качества работы медучреждений «Московский стандарт поликлиники», принятой в прошлом году.

У пациентов детских поликлиник теперь появилась возможность посмотреть любимые мультфильмы и украсить своими рисунками стены игровых комнат. Кроме того, родители малышей с помощью вендинговых аппаратов могут приобрести во время ожидания не только прохладительные напитки и продукты питания, но и другие необходимые вещи.

Яков ЯНОВСКИЙ.

Москва.

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

Перемены

Если болеть,
так с комфортом

Для маленьких пациентов обновили детскую больницу

Долгожданное не только для врачей, пациентов и их родителей, но и для всего населения региона событие произошло в Новосибирской области — открыт после реконструкции первый корпус Детской туберкулёзной больницы. Здесь разместились два отделения на 75 коек с активными формами туберкулёза.

Палаты стали комфортнее, на 2-4 человека, каждая оборудована туалетом и душевой кабиной. А в отделении, где будут получать помощь самые маленькие пациенты, организовано 5 палат для индивидуального пребывания детей с родителями.

Хорошо оснащены отделение интенсивной терапии, физиотерапевтическое отделение, приёмный покой. Не забыли и про игровую комнату, и про учебные классы, которые теперь укомплектованы новенькой мебелью, компьютерной и мультимедийной техникой.

Надо признать, это лечебное учреждение давно нуждалось в обновлении и стен, и мебели, и оборудования. Лозунг «Всё луч-



«Свежий» корпус больницы впечатляет всех

шее — детям» до сих пор как-то слабо реализовался в отношении маленьких пациентов, страдающих столь тяжёлым заболеванием. Единственным плюсом больницы являлось и остаётся её местоположение: лесная зона в пригороде Новосибирска, свежий воздух и отсутствие посторонних любопытных глаз.

Перерезая красную ленточку перед дверью обновлённого корпуса стационара, губернатор Новосибирской области Владимир

Городецкий сказал: «Реконструкция больницы поможет нам поддерживать положительную тенденцию по снижению заболеваемости туберкулёзом».

Больница рассчитана на 180 коек. А цель, о которой упомянул глава региона, — добиться того, чтобы туберкулёзная инфекция перестала поражать детей и как можно больше этих коек пустовало.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Новосибирск.

Особый случай

Обошлись без имплантатов

Ведущий детский нейрохирург Челябинской областной детской клинической больницы Герман Сафронов и его коллега Владимир Шахматов провели операцию, которая не укладывается в привычные рамки, и спасли позвоночник 10-летнего челябинца.

Операцию костно-пластической ламинэктомии, которую провели доктора Челябинской ОДКБ, можно по праву считать уникальной. Поступившего в больницу мальчика практически сразу положили на операционный стол. В его позвоночнике на уровне трёх позвонков была обнаружена большая опухоль, сдавившая спинной мозг. Нужна

была срочная операция, поскольку каждое неловкое движение ребёнка могло обернуться параличом.

Чтобы подобраться к спинному мозгу, хирургам обычно приходится нарушать целостность позвонков. Но затем надо создавать жёсткую систему стабилизации позвоночника. Такие операции чаще всего делают с применением имплантатов. Если следовать такой методике, то нейрохирургам надо было вкрутить в позвоночник ребёнка шесть болтов и продольные штанги.

К сожалению, наборы таких имплантатов для детей не предусмотрены. Их изготавливают за рубежом по специальным заказам. В случае, с которым столкнулись

южноуральские нейрохирурги, этот вариант был неприемлем, так как операция требовалась незамедлительно.

— Костно-пластическая ламинэктомия прошла успешно, — говорит Г.Сафронов. — Нам удалось обойтись без искусственных материалов. Успешность операции зависела и от суперсовременного оборудования, которым в последнее время оснастилась наша нейрохирургическая операционная: навигационная станция и интраоперационный микроскоп. Накануне выписки ребёнка мы сделали контрольное обследование на компьютерном томографе: всё хорошо, нет стеноза спинномозгового канала.

Мария ХВОРОСТОВА,
внешт. корр. «МГ».

Челябинск.

События

(Окончание.
Начало на стр. 1.)

Весь коечный фонд отделения (44 койки) заменили новыми multifunctional кроватями с системой «манки-пул»: держась за подвешенную на штанге трапецию, больной сможет сесть без помощи медперсонала. 39 кроватей имеют механический привод, 5 — электрический: чтобы приподнять голову или ноги пациента, медсестре достаточно покрутить рычаг или нажать кнопку. Специальной «рамой Балканского» оснащены 4 койки, предназначенные для больных с переломами позвоночника.

Формально в травмоотделении только одна палата-люкс. Все остальные фактически стали полупалатами со всеми сопутствующими данному разряду удобствами. Но брать с больных доплату за пребывание в условиях повышенной комфортности никто не собирается: комфорт теперь — норма.

Совершенно преобразились и туалеты. Поскольку все пациенты отделения автоматически попадают в категорию лиц с ограни-

Травмо... дворец!



Даже коридор отделения выполняет сегодня арт- и цветотерапевтическую функции

ченными возможностями, унитазы оснастили специальными техническими приспособлениями и поручнями. В санитарных комнатах, а также в оперблоке, в процедурном и перевязочном кабинетах установили водонагреватели: плановые отключения горячей воды больше не будут «кошмарить» ни персонал, ни пациентов.

Даже коридор травмоцентра выполняет сегодня лечебную функцию. Кафель цвета морской волны, которым выложены стены, «извлекает» из подсознания ассоциации с отдыхом на море. А ярко-жёлтые жалюзи на окнах ещё больше усиливают эти ощущения. Цветотерапию дополняет арт-терапия: развешенные повсюду репродукции канадского художника Роба Гонсалвеса. Стиль его творчества критики называют «магическим реализмом». Карти-

ны Гонсалвеса — это волшебное объединение миров, перетекание объектов из одной ипостаси в другую... Разглядывая их, человек пусть на время, но отвлекается от болезни.

— Учитывая, что при ДТП пострадавшие нередко получают не только переломы, но и повреждения органов брюшной полости и малого таза, параллельно с травмоцентром мы отремонтировали отделения урологии и хирургии, где также лечатся эти больные, — добавляет Н.Чернобай. — На очереди — ремонт приёмного отделения. Любая травма не только причиняет боль, но и вызывает стресс, ведь все планы у человека рушатся. Если в результате наших усилий пребывание пациентов в больнице станет более комфортным и они быстрее пойдут на поправку, значит, мы старались не зря.

Валентина АКИМОВА,
соб. корр. «МГ».

Кемерово.

Фото Фёдора БАРАНОВА.

Инициатива

Пациентские организации — за антикризисное финансирование здравоохранения

34 общественные организации, защищающие права пациентов с различными заболеваниями, выразили беспокойство тем, что в правительственном антикризисном плане так и не предусмотрены дополнительные средства на здравоохранение. Они направили Президенту РФ, премьер-министру, главе Минздрава и другим членам кабинета министров второе за год открытое письмо.

«Общественные организации пациентов и благотворительные фонды бьют тревогу и обращаются к вам от имени миллионов российских граждан, нынешних и потенциальных пациентов» — говорится в письме.

К сожалению, в рамках плана действий Правительства РФ, направленных на обеспечение стабильного социально-экономического развития Российской Федерации в 2016 г. (утверждён 01.03.2016) были полностью сокращены расходы на поддержку российского здравоохранения,

хотя в проекте документа предусматривалось выделение на эти цели 45,8 млрд руб. В итоговом варианте плана, напоминают авторы письма, указано, что объём и источник финансирования, необходимого для сохранения достигнутого уровня лекарственного обеспечения, будут определены по итогам работы в первом полугодии 2016 г.

«В соответствии с Указом Президента РФ № 683 от 31.12.2015 повышение качества и доступности медицинской помощи является одним из главных направлений обеспечения национальной безопасности РФ, и мы заявляем, что сокращение расходов на здравоохранение может повлечь за собой трагические последствия, так как вышеуказанное финансирование предполагается направить для реализации лекарственного обеспечения жизненно важными лекарственными препаратами групп пациентов, страдающих жизнеугрожающими заболеваниями» — пишут авторы послания.

«Мы настаиваем на том, что жизнь и здоровье граждан являются высшей ценностью и должны оставаться безусловным приоритетом при принятии любых решений. Нельзя забывать о том, что инвестиции в здоровье наших граждан являются не только социальной, но и экономической потребностью» — ещё одна цитата открытого письма.

Представители пациентских организаций просят вмешаться в создавшуюся ситуацию и включить необходимые объёмы финансирования российского здравоохранения в план действий Правительства РФ, направленных на обеспечение стабильного социально-экономического развития Российской Федерации в 2016 г. «Уверены, что от вашего решения зависят жизнь и здоровье миллионов наших сограждан» — заключают они.

Иван ВЕТЛУГИН.

МИА Сити!

Москва.

Официально

Национальная коллекция патогенных микроорганизмов

Минздравом России размещено уведомление о начале разработки федерального закона «О национальной коллекции патогенных микроорганизмов».

От создания и развития национальной коллекции патогенных микроорганизмов в нашей стране зависит готовность и скорость реагирования на возможные биологические угрозы, в том числе своевременная разработка новых средств профилактики, диагностики и лечения инфекционных болезней. Поэтому в настоящее время Минздравом России совместно с заинтересованными федеральными органами исполнительной власти, в соответствии с планом по реализации Основ государственной политики в области обеспечения химической и биологической безопасности Рос-

сийской Федерации на период до 2025 г. и дальнейшую перспективу, разрабатывается законопроект «О национальной коллекции патогенных микроорганизмов».

Законопроект направлен на создание правовых основ для осуществления коллекционной деятельности с использованием патогенных микроорганизмов при формировании, сохранении и развитии национальной коллекции, которая объединяет распределённые фонды коллекционных штаммов, в том числе путём объединения активов государственных коллекций с учётом их специализации.

Документом предусматриваются принципы осуществления коллекционной деятельности, а также основные понятия, необходимые для правового регулирования.

Законопроект будет устанавливаться механизмы форми-

рования национальной коллекции патогенных микроорганизмов, требования к созданию и условиям размещения государственных коллекций, а также будет определена процедура их ведения и защиты от несанкционированного доступа.

При подготовке законопроекта учтены такие международные документы, как Будапештский договор о международном признании депонирования микроорганизмов для целей патентной процедуры и Конвенция о биологическом разнообразии, а также обеспечена связь с санитарным законодательством и законодательством Российской Федерации об экспортном контроле.

Василий ГОРБУНКОВ.

МИА Сити!

Москва.

Тенденции

Врачи выслушают и придут на помощь

В Смоленской области с середины июня начала действовать круглосуточная горячая линия для приёма обращений граждан по вопросам оказания медицинской помощи. Только за первую неделю её работы поступило 36 обращений граждан, которые были оперативно рассмотрены и решены.

Горячая линия создана по итогам решения V съезда Национальной медицинской палаты, который прошёл в апреле в Смоленске с участием президента НМП Леонида Рошаля и заместителя министра здравоохранения РФ Татьяна Яковлевой.

Нововведение позволяет оперативно решать вопросы, касающиеся организации и получения качественной и своевременной медицинской помощи при острых и неотложных состояниях в соответствии с законодательством РФ, а также проблемы лекарственного обеспечения. Именно налаженное взаимодействие Смоленской региональной общественной организации «Врачебная палата» с Департаментом по здравоохранению Смоленской области позволяет оперативно помогать пациентам по поступающим устным обращениям на горячую линию.

Наталья Аксёнова, вице-прези-

дент НМП и руководитель врачебной палаты Смоленской области, отмечает: «Врачи Смоленщины готовы прийти на помощь пациентам в любую минуту».

Горячая линия работает круглосуточно, телефон многоканальный: 8-800-250-68-77. Звонок бесплатный. Дежурят на горячей линии врачи — члены врачебной палаты, которые принимают обращения граждан и контролируют их решения.

Этот «пилотный проект» в Смоленской области в дальнейшем планируют перенять врачи НМП во всех регионах РФ.

Алексей ПИМШИН.

МИА Сити!

Смоленск.

На контроле

В первом полугодии 2016 г. количество жалоб граждан на обеспечение обезболивающими лекарственными препаратами уменьшилось в 1,4 раза по сравнению с аналогичным периодом 2015 г. Об этом сообщают из Росздравнадзора.

Жалоб стало меньше

За означенный период территориальными органами Росздравнадзора проведено 428 контрольных мероприятий по поводу соблюдения прав граждан на обезболивание при наличии медицинских показаний. Проверка определила, что медицинскими работниками при первичном приёме пациентам с выраженным болевым синдромом выписано 11 411 рецептов на наркотические лекарственные препараты и 2776 рецептов — при посещении пациентов на дому.

В результате наблюдается тенденция роста выдачи рецептов для самостоятельного приобретения препаратов для обезболивания при выписке из стационара (в 2 раза больше, чем выписано за аналогичный период в 2015 г.). Так, 89 пациентам при выписке из стационара в целях обезболивания выданы рецепты для самостоятельного приобретения препаратов, а 93 пациента обеспечены наркотическими лекарственными препаратами до постановки на учёт по месту жительства.

Взрослым пациентам в амбулаторных условиях выписано 17 378 рецептов на наркотические лекарственные препараты, детям — 81 рецепт.

Также установлено, что в медицинских организациях в порядке проведения врачебных комиссий составлено 5162 протокола по назначению наркотических лекарственных препаратов.

Благодаря разъяснительной работе Росздравнадзора, проводимой в течение 2015 г., отмечается тенденция к снижению выписки рецептов в порядке проведения врачебных комиссий (в 2015 г. за аналогичный период было составлено 25 130 протоколов).

Как заявили в службе, индикатором ситуации по своевременному обезболиванию являются, в том числе, и обращения на горячую линию. В первом полугодии 2016 г. на горячую линию территориальных органов Росздравнадзора и органов исполнительной власти поступили 53 обоснованные жалобы на отказ в выписке наркотических лекарственных препаратов. Также в ходе проверочных мероприятий, проведённых Росздравнадзором, выявлено 13 жалоб на отказ в выписке обезболивающих препаратов при наличии медицинских показаний.

По всем поступившим звонкам в течение 2-3 часов в регионах принимаются оперативные меры по обеспечению пациентов необходимыми наркотическими лекарственными препаратами. В экстренном порядке в течение 10 минут с момента регистрации обращения устанавливалась связь с должностными лицами медицинских организаций и во всех случаях пациенты обеспечивались необходимыми обезболивающими препаратами.

Строго осуществляется и мониторинг по определению количества медицинского персонала, которому необходимо пройти курсы повышения квалификации по вопросам фармакотерапии обезболивания. Кроме того, для пациентов и их родственников создано 398 школ (в 44 субъектах РФ) при кабинетах паллиативной медицинской помощи поликлиник, тем не менее в 41 регионе (48%) до настоящего времени такие школы ещё не созданы.

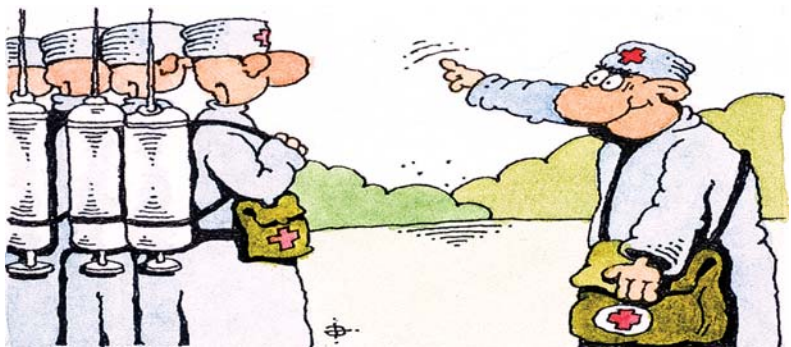
Павел АЛЕКСЕЕВ.

МИА Сити!

Москва.

Санитарная зона

Опасное нашествие



Управление Роспотребнадзора по Омской области сообщило, что в нынешнем году к медикам с жалобами на присасывание клещей обратилось более 3 тыс. человек, живущих как в Омске, так и в сельских районах Прииртышья. Почти тысяча из них — дети.

К середине июня в регионе официально зарегистрировано по одному случаю клещевого вирусного энцефалита, клещевого боррелиоза и гранулоцитарного анаплазмоза человека. Такого прежде никогда не бывало. А клещи активизировались потому, считают специалисты, что этому способствуют благоприятные для насекомых климатические условия.

Однако нашествию клещей можно противостоять. Сейчас на деле реализуются планы по предупре-

ждению распространения инфекционных заболеваний, передающихся с укусами насекомых, ведётся контроль за проведением и эффективностью акарицидных обработок. Например, противоклещевыми веществами уже обработано без малого 2 тыс. гектаров зон массового отдыха в парках, скверах и в летних оздоровительных учреждениях. А с начала эпидсезона лабораториями проводятся исследования клещей на предмет их заражённости вирусом клещевого энцефалита и боррелиями.

В Управлении Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Омской области считают, что ситуация у них на контроле.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

Встреча выпускников Винницкого медицинского института им. Н.И.Пирогова 1971 года выпуска состоится 19.09.2016 в 10:00

Недавно в Москве завершил работу Всероссийский конгресс «Хирургия – XXI век: соединяя традиции и инновации», посвященный 115-й годовщине I съезда хирургов России. Организатором конгресса выступил Национальный медико-хирургический центр им. Н.И.Пирогова Минздрава России при активной поддержке Министерства здравоохранения РФ, Российской академии наук, Российского общества хирургов, ряда ведущих федеральных медицинских центров, научных и общественных организаций России и стран СНГ. В его работе приняли участие около 1,5 тыс. специалистов и учёных более чем из 50 регионов России, а также гости из ближнего зарубежья.

Наш корреспондент попросил прокомментировать итоги мероприятия и рассказать об основных приоритетах в развитии современной хирургии генерального директора НМХЦ им. Н.И.Пирогова, профессора, заслуженного врача РФ Олега КАРПОВА.



Президиум Всероссийского конгресса хирургов

кусированного ультразвука (HIFU). На примере нашего центра наглядно иллюстрируется философия хирургии: от традиционной, классической – открытого доступа к мининвазивной, лапароскопической, торакоскопической, роботассистированной и неинвазивной хирургии.

Один из мастер-классов был посвящён уникальной технологии 3D-моделирования в челюстно-лицевой хирургии. Это направление Пироговский центр сегодня активно развивает, учитывая потребность целого пласта пациентов с различными последствиями хирургических вмешательств и травм челюстно-лицевого скелета,

– Олег Эдуардович, кому пришла идея такого масштабного мероприятия?

– Идеальным вдохновителем и президентом конгресса выступил основатель и президент нашего центра академик РАН Юрий Шевченко, который, задумывая мероприятие, подчеркнул поистине историческую значимость события. Впервые в истории медицины на одной площадке собрались представители большинства направлений хирургии с тем, чтобы обсудить современные тенденции развития науки и практики с ориентиром на подходы и принципы, которые проповедовали наши выдающиеся предшественники: постоянное совершенствование знаний, отточенность оперативной техники, высокие гуманистические цели, милосердие и сострадание. Благодаря эволюции технологий хирургия стала одной из наиболее динамично развивающихся областей медицины, при этом, как ни в одной другой медицинской специальности, в хирургии должна чётко проследиться преемственность поколений врачей.

– Как вы оцениваете научную программу прошедшего конгресса?

– За минувшие годы все разделы хирургии претерпели существенные изменения, непрерывно совершенствовалась оперативная техника. Одним из основных условий для развития хирургического направления в современной медицине является симбиоз инновационных технологий и сложившихся традиций клинической медицины. В хирургии очень важно поддерживать и сохранять наработанное, ставшее классикой медицинской науки, но при этом продолжать развиваться и двигаться вперёд, поддерживая научно-обоснованное принятие решений, гуманизм в выборе тактики. Всё это сегодня, повторысь, должно опираться на передовые технологии. Эти тенденции и стали основной движущей идеей прошедшего конгресса.

Было проведено более 20 секционных заседаний, тематическая направленность которых простиралась от современных достижений в области хирургических и мининвазивных технологий, высоко-

Главная тема

Соединяя традиции и инновации

По итогам Всероссийского конгресса хирургов: как обеспечить прогресс



Выступает профессор О.Карпов

информативных диагностических исследований, восстановительной и реконструктивной хирургии сердца и сосудов, органов дыхания, пищеварения, ортопедии, эндокринологии, военно-полевой хирургии и хирургии сочетанных травм мирного времени до вопросов послеоперационного лечения и реабилитации, сестринского дела и многих других направлений хирургической науки и практики.

Конгресс проводился в партнёрстве с Российским обществом хирургов, президентом которого является академик РАН Игорь Затевахин. В его работе участвовали многие видные деятели науки и практического здравоохранения



Секция «Портальная гипертензия» (академик И.Затевахин и профессор В.Батрашов)



Кардиохирургическая секция (академики Ю.Шевченко и Л.Бокерия)

Обсуждение проходило в реальном режиме с одномоментными трансляциями из разных операционных. Состоялось несколько тематических мастер-классов, уникальность которых определялась технологиями, задействованными в процессе их выполнения. Бригадой наших специалистов и коллег из Санкт-Петербурга выполнялась роботассистированная операция на щитовидной железе. Показателем был также мастер-класс в эндоскопической операционной. Наши врачи продемонстрировали эндоскопическую кардиомиотомию при ахалазии кардии. Надо отметить, что при помощи гибкой эндоскопии

которые требуют индивидуального подхода. Нашими специалистами и партнёрами изготавливаются специальные имплантаты, которые моделируются и распечатываются при помощи 3D-принтера индивидуально под каждого больного, помогая решать задачи, направленные на сохранение качества жизни пациентов.

Ещё одно из важных направлений, которое мы активно развиваем, – использование новейших технологий и разработок в реабилитации. В частности, в рамках мастер-класса мы продемонстрировали программу реабилитации больных после эндопротезирования круп-



Заседание конгресса проходило с активным участием ведущих учёных России

мы оперируем достаточно давно и радикально излечиваем ряд сложных, в том числе и онкологических заболеваний в начальных стадиях. Собравшимся гостям также была продемонстрирована уникальная технология – гордость нашего центра – технология радикального лечения опухолей при помощи фо-

ных суставов. Благодаря программе, разработанной Пироговским центром, комплекс мероприятий по восстановлению после эндопротезирования начинается ещё на этапе подготовки пациента к оперативному вмешательству с дальнейшим интенсивным восстановлением в течение 4-5 дней.

НАША СПРАВКА

ФГБУ «НМХЦ им. Н.И.Пирогова» Минздрава России – многопрофильное медицинское учреждение, входящее в пятёрку ведущих клиник страны, оказывающих качественную медицинскую помощь, основанную на применении современных высокотехнологичных методов диагностики, лечения, реабилитации и профилактики.

Пироговский центр представлен практически всеми основными специальностями медицинской науки и предоставляет своим пациентам уникальную возможность решения большинства проблем со здоровьем в одном учреждении, используя, прежде всего, комплексный подход к лечению заболеваний, отлаженное взаимодействие высококвалифицированных специалистов различных профилей.

Уникальная лечебно-диагностическая база, преемственность накопленного опыта, научно-исследовательский и образовательный потенциал Пироговского центра помогают комплексно и эффективно решать проблемы любого уровня сложности индивидуально для каждого пациента.

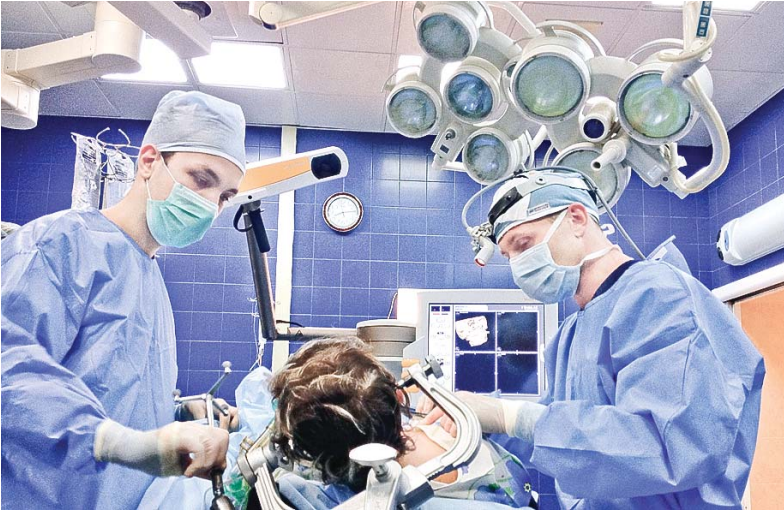
Современное оборудование ведущих российских и западных производителей, новейшие технологии лечения, разработанные и запатентованные специалистами центра, позволяют регулярно проводить операции, которые совсем недавно считались уникальными в мировой медицинской практике.

Стремление к совершенствованию врачебного искусства, создание высокого научного потенциала, укрепление теоретического и клинического фундамента – вот основные принципы работы Пироговского центра.

академика РАН и профессора: Ю.Шевченко, Л.Бокерия, Б.Алекян, Л.Барбараш, С.Готье, А.Караськов, В.Кубышкин, Н.Майстренко, В.Подзолков, А.Покровский, В.Покровский, А.Ревинский, И.Решетов, В.Харченко, А.Черноусов, Г.Хубулава, П.Ветшев, В.Дурлештер, С.Емельянов, О.Луцевич, Г.Кармазановский, А.Кригер, В.Паршин, Д.Семёнов, И.Стилиди, Ю.Стойко, Р.Тихилов, А.Трахтенберг, А.Фёдоров, А.Шулутко, Ю.Шельгин и многие другие. Можно сказать, что собралась целая плеяда лидеров всех направлений хирургии.

– Согласно графику работы заседаний конгресса, его третий день прошёл на базе Пироговского центра. Чем обосновано такое решение и что вошло в программу этого дня?

– Сегодняшние новейшие технологии не всегда бывают понятны без наглядной демонстрации. Поэтому задумка провести мастер-классы и «круглые столы» на базе нашего центра оказалась удачной.



Протезирование челюстного сустава с использованием 3D-моделирования

– В последнее время в лексиконе руководителей многопрофильных медицинских учреждений появилось словосочетание «медико-технические кластеры». Не могли бы вы подробно рассказать, о чём идёт речь и насколько Пироговский центр вписывается в это направление?

– Прежде всего, надо исходить из того, что инновации развиваются вне зависимости от нашего участия. Компании-производители медицинского оборудования разрабатывают различные технологичные устройства, которые в дальнейшем применяются в медицинской практике. Но гораздо правильнее, если инженеры создают свои разработки в партнёрстве с медиками. Объединяя усилия каждый в своём направлении, мы быстрее приблизимся к поставленным целям и задачам, тем самым создавая и обосновывая самый лучший вариант, способствующий совершенству разработок.

Необходимо понимать, что любая инновационная разработка в первую очередь направлена на пациента, на улучшение качества его жизни вне зависимости от сложности диагноза. В результате мы получаем другое качество оперативных пособий, которые выполняются с высокой точностью, достоверностью, с минимизацией рисков интраоперационных потерь, прогнозированием и достижением лучшего результата.

Безусловно, хирургическим сообществом не все новые технологии принимаются «на ура». Сегодня, образно выражаясь, правит бал взвешенный подход. Что-то из того, что изобретается, выглядит целесообразным, принимается, что-то категорически отрицается и т.д.

На одной из секций конгресса обсуждался вопрос однопортовой хирургии, являющейся разновидностью лапароскопических вмешательств, но при которой весь объём операции выполняется через один доступ. Разбирались ситуации, когда применение метода оправдано, а когда есть смысл воздержаться. И неважно, сколько проколов – 4 или 1, важно, вносит ли это какие-то ограничения в работу хирурга и как сказывается на результатах вмешательства, уменьшая или увеличивая риски осложнений. Именно это должно определять выбор конкретного алгоритма действий....

– Сейчас для непрерывно-

го медицинского образования участникам научных конференций очень важно получать баллы-кредиты. А как решался этот вопрос на прошедшем конгрессе?

– Конгресс проводился при поддержке Минздрава России, который заранее включил его в список основных научных мероприятий года,



В перерыве между заседаниями

что, безусловно, придало особый статус мероприятию. Кроме того, среди организаторов – Российское общество хирургов, по системе которого всем делегатам конгресса были выданы именные сертификаты с присвоением 12 баллов, что отнюдь не является формальностью. Ведь сегодня информированность специалистов и взгляд в будущее развитие отечественной хирургии – образовательные аспекты, которые должны учитываться при получении сертификата специалиста.

– Современная хирургия может очень многое. Как вы думаете, есть ли предел в совершенствовании мининвазивных и «открытых» технологий? Какой вам видится медицина будущего?

– Трудно говорить о пределе, настолько динамично развивается сегодня медицина в целом и хирургия в частности. И то, что ещё несколько десятилетий назад казалось фантастикой, сегодня выглядит вполне привычным. Безусловно, развитие будет продолжаться и углубляться. Недалёк тот час, когда учёные доберутся и до оцифровывания чело-

веческого организма. Это вполне разрешимая задача.

– Хорошая перспектива...

– Сегодня в лечении пациента мы используем весь арсенал технологий, хирургическую, медикаментозную и консервативную поддержку, чтобы лечить не только явную проблему больного, но иметь возможность взвешенного и персонализированного подхода в каждом конкретном случае. Безусловно, наша профессия требует творческого подхода, интеллектуальных поддержек, технических удобств. Но во главе угла всех новостей – врач!!! Особенно в хирургии...

– На ваш взгляд, насколько важно для хирурга быть всесторонне развитым, эрудированным человеком? Или всё-таки самое главное – это виртуозное рукоделие и мастерство, а остальное выглядит вторичным?

– Этот вопрос надо отнести не только к хирургам. Исторически так сложилось, что врач всегда олицетворял носителя высокой культуры. Это всегда был эрудированный, образованный человек, разносторонне развитый.

Современные условия не всегда дают возможность выдерживать

этот симбиоз – профессиональное мастерство и общечеловеческие культурные ценности. Слишком большие нагрузки, не всегда хватает времени на всё. Тем не менее надо понимать, что врач – специалист, лечащий не только болезнь, но и душу....

Чтобы отношения пациент – врач складывались на доверительном уровне, надо многое знать, уметь расположить к себе каждого человека. Кроме того, специалист, который уходит с головой только в одну область знаний, проигрывает коллегам, которые имеют гораздо более широкий кругозор. Да, мастерство у нас в приоритете. Но, как известно, если ещё с раннего детства человек приучен интересоваться разными аспектами окружающего мира, то, выбрав конкретную специальность, он будет демонстрировать более высокий уровень знаний, умений, всегда стремиться к новому и интересному, успевая всё и всегда, в том числе и в своей профессии.

Поэтому я не могу не желать того, чтобы сегодняшний врач был образованным, культурным и эрудированным человеком.

– А что бы вы пожелали своим коллегам?

– Безусловно, любви к своей профессии. Потому что без этого, не получая удовлетворения от каждого дня, проведённого в клинике, в общении с пациентами, в решении его проблем, очень трудно стать профессионалом своего дела. Ещё я бы пожелал терпения, мудрости, ведь наша профессия требует очень много сил, знаний. Мы работаем с пациентами. Это особые люди, которые приходят к нам со своими проблемами. И естественно, стремимся работать с человеком душой. Поэтому молодым коллегам, осознанно выбравшим профессию, надо всё время в ней совершенствоваться. Тогда профессиональная судьба будет успешной.

Беседу вёл
Алексей ПАПЫРИН,
корр. «МГ».

Москва.

Пресс-конференции

Телемедицина — понятие многогранное

Прорыв в здравоохранении или решение кадровых вопросов?

В нашей стране дистанционные медицинские услуги оказываются в 68 регионах из 85. При этом существует более 80 тыс. сёл с населением менее 100 жителей, где часто нет даже фельдшера. И в таких случаях телевизионная консультация специалиста бывает единственным шансом спасти жизнь больного. Эти и другие вопросы обсуждались на недавно прошедшей пресс-конференции в Москве, посвященной телемедицине (ТМ).

Председатель Комитета Госдумы РФ по охране здоровья Сергей Фурган рассказал об основных препятствиях в развитии телемедицины. В настоящее время рассматривается два варианта законопроекта о ТМ. Первый вариант полностью написан в Министерстве здравоохранения, второй инициирован интернет-сообществом. Принят будет, естественно, один, но оба в настоящее время проходят правовую экспертизу. Осенью комитет примет решение об их реализации.

Медицина, как и любая общественная отрасль, должна развиваться, и этот законопроект будет принят однозначно, никто не собирается его тормозить. С другой стороны, медицина является достаточно консервативной отраслью по своей сути, поэтому главный принцип и у докторов и у законодателей остается прежним: «не навреди». Надо сделать так, чтобы новый законопроект не вызвал нареканий, осуждений или невозможности его исполнения. И это, прежде всего, отстаивание интересов пациентов и врачей, а все остальные интересы должны находиться на втором плане.

Директор Департамента информационных технологий Минздрава России Елена Бойко напомнила, что когда речь идет о ТМ, нужно понимать, что это не какой-то новый вид медицины. Сейчас Минздрав вырабатывает концепцию по применению ТМ-технологий, и это полностью вписывается в тренд электронного здравоохранения. Имеется в виду новая стадия, когда все медицинские данные будут вестись учреждениями здравоохранения в электронном формате, чтобы организовать единое информационное пространство в сфере здравоохранения. Это даст возможность медицинским организациям оперативно обме-

ниваться профессиональной информацией. Необходимо решить вопрос о защите информации и персональных данных пациентов, пересмотреть ряд порядков оказания медицинской помощи при определённых нозологиях. Безусловно, что у информационных технологий применительно к медицине большое будущее.

Советник Президента РФ по развитию Интернета Герман Клименко отметил, что многие отечественные технологии ТМ уже используются за рубежом. Их внедрение у нас затруднено, поскольку наше законодательство не всегда соответствует практике. Однако, не прося у государства денег, на рынке Интернета отечественная ТМ удерживается вполне эффективно. Телемедицина – это, прежде всего, доверие пациентов к врачам. И поэтому законопроект по ТМ сегодня, как никогда, очень актуален, тем более что этот вопрос больше социальный, чем экономический. Важно принять не просто закон о ТМ, а работоспособный закон.

Директор по научной работе Государственного НИИ профилактической медицины Оксана Драпкина заметила, что телемедицина – очень многогранное понятие и существует во врачебной практике с 60-х годов. В системе «врач – врач» и «врач – пациент» сегодня сделано очень много, готовится федеральная концепция ТМ, где будут чётко прописаны все нюансы и дополнения.

Конечно, надо защищать пациента, но надо обеспечивать защитой и врача в плане достоверности всей предоставленной ему пациентом информации. Будет решаться вопрос и об образовании медицинского персонала в части грамотного консультирования больных и правильного пользования приборами. Областные учреждения смогут заказывать консультации специалистов на федеральном уровне. Сейчас к общей системе ТМ и электронной регистратуре подключено 21 федеральное учреждение, которые, при необходимости, могут давать сразу несколько консультаций на удалённых территориях и в малонаселённых пунктах.

Вячеслав СВАЛЬНОВ,
корр. «МГ».

Москва.

Акции

Подмосковье против наркомании

В Московской области проводятся масштабные акции, посвящённые Международному дню борьбы с употреблением наркотиков, в которых приняли участие более 25 тыс. человек.

В городе Орехово-Зуево состоялась межведомственная научно-практическая конференция, темой которой стали профилактика, раннее выявление и лечение наркологических заболеваний. В работе конференции приняла участие главный специалист по медицинской профилактике Центрального федерального округа Е.Иванова, которая подчеркнула важность профилактики и раннего выявления немедицинского потребления психоактивных веществ в первичном звене здравоохранения, а также о необходимости формирования в обществе доминанты здорового образа жизни.

С основными докладами выступили главный врач Московского областного наркологического диспансера Г.Губанов, главный нарколог регионального Минздрава В.Холдин. Также в работе конференции участвовали представитель администрации Орехово-Зуево, окружные наркологи и психиатры, служитель Церкви. Своим опытом в профилактике зависимостей и реабилитации выздоравливающих поделились участники молодёжных волонтерских движений. Молодёжь активно участвовала в подобных акциях по всему Подмосковью. Нулевая терпимость общества в отношении наркомании даёт надежду на победу над этим злом.

Юрий ШАЛЯГИН,
заведующий отделом
Московского областного
центра медицинской профилактики.



Мастер-класс с применением роботизированного хирургического комплекса Da Vinci

По словам мэра Москвы Сергея Собянина, в столице за последние годы число смертей от сердечно-сосудистых катастроф, главным образом ишемических инсультов и инфарктов миокарда, снизилось втрое. Это стало возможным благодаря созданию в городе специальной сети сосудистых центров. Об этом столичный градоначальник сообщил в ходе осмотра недавно открывшегося в Зеленограде нового сосудистого центра, который работает при городской клинической больнице № 3.

Сотрудники центра оказывают зеленоградцам как экстренную, так и плановую медицинскую помощь в случае развития острой сердечно-сосудистой патологии. Благодаря новому структурному подразделению столичной «сосудистой» сети значительно сократилось время доставки экстренных больных в клинику. Раньше таких больных везли в Москву.

Специалисты сосудистого центра клиники продемонстрировали столичному градоначальнику новую рентгенооперационную, нейрохирургическую операционную и палату для интенсивной терапии. «В Москве создано 29 сердечно-сосудистых центров, в которых оказывается экстренная помощь при инфарктах, инсультах и других сердечно-сосудистых заболеваниях», — отметил С.Собянин в ходе осмотра центра.

Специализированная сеть сосудистых центров, базирующаяся в городских больницах Москвы, была создана в 2011 г. Здесь оказывают экстренную медицинскую помощь в случае так называемой сосудистой катастрофы — инфаркта, инсульта, острого коронарного синдрома и т.п. Все центры были полностью оснащены необходимым оборудованием, благодаря которому врачи спасают пациентам жизнь в самых сложных случаях. Также все сосудистые центры оборудованы ангиографом, что позволило уве-

Перспективы

Столица — против инсультов и инфарктов

«Сосудистая» сеть московских клиник непрерывно разрастается



С.Собянин и О.Гриднёв после экскурсии по сосудистому центру ответили на вопросы журналистов

личить количество выполняемых ангиопластик больным с острым инфарктом миокарда с 30 до 85%.

Сосудистый центр при зеленоградской больнице был открыт весной нынешнего года. Одним из знаковых в центре является отделение рентгеноэндоваскулярной диагностики и лечения. Лучшие врачи, главная специализация которых — проведение ангиографии и стентирование

сосудов, оказывают экстренную рентгеноэндоваскулярную медицинскую помощь пациентам с острым инфарктом миокарда и другими острыми сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Наряду с этим в клинике функционирует диагностический кабинет, где ежедневно проводят первичный осмотр пациентов с инфарктом миокарда, а также проводят все необходимые

диагностические обследования. Современная операционная оборудована аппаратами для проведения общей анестезии, поддержания жизнедеятельности основных функций органов и систем. Большинство операций производится под местной анестезией.

Рентгенооперационная центра оснащена также уникальным аппаратом УЗИ экспертного класса с возможностью внутрисердечной визуализации. Благодаря тому, что врач имеет возможность увеличить изображение в несколько раз, операции выполняются более точно. Этому также способствует и интеллектуальная система позиционирования, которой оборудована операционная.

— В результате оснащения этих центров самым современным оборудованием и их расположением равномерно по всей Москве улучшилась доставка больных, скорость оказания помощи и, конечно, качество. На две трети сократилась смертность при инфарктах и инсультах, — подчеркнул С.Собянин.

Врачи сосудистого центра при ГКБ № 3 в Зеленограде выполнили первую экстренную операцию в день открытия клиники. А в течение двух с лишним месяцев работы здесь спасли жизнь 150 жителям Зеленоградского административного округа столицы,

проведено 100 рентгеноэндоваскулярных диагностических исследований с последующим стентированием, выполнено 76 ангиопластик коронарных артерий, имплантировано 22 электрокардиостимулятора.

— В Зеленограде явно не хватает стационарной помощи детям. Здесь нет полноценной детской клиники. Я давал поручение подготовить проект реконструкции старых корпусов и создания в Зеленограде детской клиники, — сказал мэр.

По словам главного врача Зеленоградской больницы № 3 Олега Гриднёва, этот проект уже составлен, полностью подготовлен и подписан. Детская многопрофильная клиника будет рассчитана на 150 коек.

Также недавно в роддоме при стационаре было открыто консультативно-диагностическое отделение для взрослых и детей первых лет жизни. В будущем в больнице планируют создать отделения 2-го этапа выхаживания новорождённых. Кроме того, уже осенью нынешнего года начнутся работы по капитальному ремонту и реконструкции бывшего здания родильного дома и детского корпуса для создания полноценной детской клиники.

Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ,
обозреватель «МГ».

Эхо праздника

Верность профессии — прекрасная традиция

День медицинского работника в Московской областной психиатрической больнице № 8 запомнился всем надолго

В этот день все спешили поздравить медиков любого ранга: врачей, медицинских сестёр, санитаров, которые достойны самых добрых слов и пожеланий.

Подготовка больницы к торжественному событию началась заранее. В соответствии с приказом главного врача Г.Шурыгина был разработан поэтапный план проведения тематических мероприятий.

Особенно успешными стали: профессиональный конкурс медицинских сестёр «Профессия — любовь моя», смотр-конкурс отделений на лучшее ландшафтное оформление и дизайн участка территории больницы, спортивно-развлекательное мероприятие, посвящённое Международному дню защиты детей (для детей с особенностями психического развития), конкурс презентационных проектов учащихся школ, пропагандирующих

здоровый образ жизни молодёжи, выпуск праздничной внутрибольничной газеты и др.

Конкурс медицинских сестёр проходил в три этапа. Первый — «Эрудиция и профессионализм» — демонстрировал теоретические и практические навыки профессиональной подготовки участников, второй этап — «Спорт в моей жизни» — включал соревнования в эстафетах и элементах подготовки к сдаче норм ГТО. Заключительный, третий этап — «Домашнее задание» — предполагал соревнование участников в исполнении номера художественной самодеятельности и презентацию кулинарного изделия. Все этапы конкурса находились под пристальным вниманием компетентного жюри.

Новацией в подготовке и проведении конкурса стало формирование команд, объединяющих представителей разных отделений больницы. Участники конкурса на всех этапах стара-

лись достойно нести нелёгкое бремя ответственности за свои команды.

По итогам конкурса «Профессия — любовь моя» 1-е место заняла объединённая команда 7-го и 8-го наркологических отделений; 2-е место у команды 3-го и 5-го психиатрических отделений, на 3-е место вышла команда 1-го и 2-го психиатрических отделений. Порадуемся за победителей, хотя нужно отметить, что в таком конкурсе побеждённых быть не может, поскольку все, кто принял в нём участие, достойны и похвалы, и наград.

Пожалуй, самым важным итогом конкурса нынешнего года стало участие в нём большого числа молодых специалистов среднего звена: именно они задавали тон на каждом этапе соревнования.

Это состояние единения и сплочённости, преданности медицинской профессии создало особую атмосферу на торжественном собрании, посвящённом Дню медицинского работ-

ника. Все выступавшие в этот день с приветствиями и поздравлениями были единодушны в оценке коллектива больницы как профессионального, высококвалифицированного, дружного, объединяющего разные поколения сотрудников единой целью.

Более 40 человек были награждены почётными грамотами и благодарностями, в том числе Министерства здравоохранения Московской области, Московской областной думы, администрации городского округа Орехово-Зуево и района, руководства больницы.

Звучали не только поздравления и пожелания, но и песни, стихи, выбор которых не был случайным: гимн психиатрической больницы в исполнении персонала 7-го и 8-го наркологических отделений, стихотворение «Пока мы живы», прочитанное пользователем психиатрической помощи на фоне видеоряда, посвящённого ушедшим из жизни работникам больницы, позволили

присутствующим яснее понять и осознать преемственность поколений и лучших традиций коллектива.

Эта мысль прозвучала в приветственном слове автора и руководителя общероссийского конкурса «Российская династия» Е.Яшиной, вручившей главному врачу Г.Шурыгину диплом конкурса. Участие больницы, представившей материалы о 10 династиях медицинских работников психиатрической больницы на общероссийский конкурс, — показатель внимательного творческого отношения к процессу преемственности поколений: каждая представленная династия — незримый мост между прошлым и будущим во имя настоящего.

Объединение коллектива, и профессиональное, и духовное — одно из стратегических направлений деятельности главного врача больницы заслуженного врача РФ Г.Шурыгина. В его обращении, опубликованном в праздничной внутрибольничной газете, отмечается, что подготовка ко Дню медицинского работника показала: коллектив един и предан профессии, а значит, будет развиваться дальше и сможет продолжить главную миссию больницы и всей психиатрической службы — охрану психического здоровья населения, оказание качественной помощи пациентам.

Вячеслав СВАЛЬНОВ,
корр. «МГ».

Московская область.

Конференции

Гепатологи учат и учатся

Заболевания печени: терапия и профилактика

На базе Алтайской краевой клинической больницы во второй раз состоялся гепатологический форум. В его работе приняли участие более 300 врачей различных медицинских специальностей из Алтайского края и других регионов России. Основными темами стали лекарственные поражения печени, аутоиммунные и генетические заболевания, гепатиты В и С у детей и взрослых и др.

Как подчеркнул в своём приветственном слове главный внештатный инфекционист Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности, президент Ассоциации инфекционистов Алтайского края Валерий Шевченко, основная цель форума – обмен научными достижениями и практическим опытом в вопросах эпидемиологии и гепатологии, актуальных в ежедневной практике врачей различных специальностей. В связи с этим Валерий Владимирович рассказал и о новом образовательном проекте Ассоциации инфекционистов – школе гепатитов.

– Работа школы осуществляется в нескольких направлениях. Специальный информационный раздел «Школа гепатита» создан на сайте ассоциации, врачи-инфекционисты и эпидемиологи регулярно проводят встречи с пациентами в поликлиниках края. Кроме того, для врачей организуются вебинары с участием ведущих специалистов в области инфекционных болезней, эпидемиологии и терапии.

Гепатологический форум прошёл в традиционном формате дискуссионных площадок. В первой части мероприятия основное внимание было уделено современному подходу к диагностике и терапии заболеваний печени.

Так, о принципах лечения пациентов с поражением печени подробно рассказал доцент кафедры инфекционных болезней Алтайского ГМУ заслуженный врач РФ Евгений Бобровский.

Актуальные вопросы профилактики и лечения гепатита В у детей стали темой выступления главного внештатного специалиста по инфекционным болезням у детей Главного управления Алтайского

края по здравоохранению и фармацевтической деятельности Галины Филипповой. О различных подходах к терапии вирусного цирроза печени участников форума проинформировал Валерий Шевченко.

Во второй части конференции активные дискуссии вызвала тема гепатита С. Рекомендации по его диагностике и лечению представила профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней Новосибирского ГМУ Наталья Волошина. О генотипе вируса гепатита С как определяющем факторе для выбора тактики лечения рассказала профессор кафедры инфекционных болезней Алтайского ГМУ Владимира Гранитова на тему «ВИЧ-инфекция и печень».

Одним из самых обсуждаемых в рамках форума стало выступление почётного президента Ассоциации инфекционистов, профессора кафедры инфекционных болезней Алтайского ГМУ Владимира Гранитова на тему «ВИЧ-инфекция и печень».

Алёна ЖУКОВА,
спец. корр. «МГ».

Барнаул.

Угроза

Проводить время на солнце – одно из любимых занятий для многих из нас, которое, несмотря на очевидную пользу, таит в себе и определённые опасности. Так, большинство знает, что ультрафиолет оказывает вредное воздействие на кожу. Однако сегодня всё больше людей отмечают негативные явления, связанные с использованием смартфонов на открытом воздухе в солнечную погоду.

Смартфон и солнце – двойной удар

Не всё то полезно, что на слуху

В первую очередь речь идёт о прищуривании глаз в тот момент, когда мы смотрим на дисплей гаджета, – это приводит к преждевременному образованию морщин вокруг бровей и глаз. Солнечный свет значительно затрудняет чтение с экрана и таким образом становится причиной появления более глубоких и ярко выраженных морщин в межбровной зоне – так называемых гласселлярных линий нахмуривания.

По данным опроса, проведённого недавно в России одной известной исследовательской компанией, три четверти (76%) респондентов являются владельцами смартфонов. Почти треть опрошенных (33%) признаёт, что более 2 часов в день изучает информацию на экранах своих мобильных телефонов. Логично, что летом часть этого времени будет проведена на свежем воздухе, в том числе в солнечную погоду, поэтому особенно актуальной данная проблема становится в период отпусков.

Известно, что большая часть жителей нашей страны предпочитает отдых на море: в 2016 г. 63% респондентов планируют совершить такую поездку. Другое исследование показывает, что, например, среди жителей Москвы и Санкт-Петербурга любимыми занятиями во время отпуска являются купание (85%) и солнечные ванны (76%).

Наивно полагать, что весь период отдыха смартфоны будут выключены: многие владельцы не расстаются с ними даже на пляже. Впрочем, и само по себе длительное пребывание на солнце не проходит для кожи бесследно. Как следствие, осенью специалисты-косметологи отмечают рост числа пациентов, обратившихся к ним за помощью в надежде избавиться от негативных отпускных последствий.

– Каждый год начиная с конца августа увеличивается поток людей, которые приходят к косметологу, чтобы восстановить кожу после длительного пребывания на солнце. Согласно данным исследования, 8 из 10 опрошенных россиян (80%) осведомлены о рисках воздействия на кожу ультрафиолетовых лучей, однако они не предполагают, что использование смартфона на солнце усугубляет данную проблему, – говорит врач-дерматовенеролог, косметолог, кандидат медицинских наук Ирина Аксененко.

Исследование также выявило, что, в отличие от женщин, мужчины по-прежнему недооценивают негативное воздействие солнечных лучей на кожу. Меньше четверти (23%) представителей сильного пола достаточно хорошо осведомлены о потенциальных рисках, тогда как среди женщин этот показатель составляет 37%. Лишь один из десяти (10%) мужчин использует крем с наивысшим солнцезащитным фактором, в то время как среди дам его применяет каждая четвёртая (26%).

– Женщинам достаточно хорошо известно, что ультрафиолет негативно влияет на качество кожи, – добавляет И.Аксененко. – Снижается степень увлажнённости и эластичность кожи, появляются сосудистые и пигментные нарушения. Важно, чтобы об этом губительном эффекте знали и мужчины. Ведь потом справиться с проблемами, возникшими из-за воздействия солнечных лучей, можно будет лишь при помощи косметологических процедур.

Елена ЛЬБОВА,
МИА Сито!

Москва.

Эксперименты

Идеальный вариант совсем рядом

Российская наука может внести свою лепту в решение одной из сложнейших задач современной неврологии. Принципиально новая форма вакцины для лечения пациентов с рассеянным склерозом предложена отечественными учёными. Сообщение об этом пришло из Института биоорганической химии РАН.

Как пояснили сотрудники лаборатории биокатализа ИБХ РАН, главный компонент нового препарата – липосомы, внутри которых заключены фрагменты белка миелина. В ходе эксперимента были отобраны три фрагмента белка, один из которых обладает терапевтическим действием на начальных этапах повреждения миелиновой оболочки нервных волокон, а два других предотвращают обострение болезни после того, как была

достигнута ремиссия. В итоге исследователи пришли к выводу, что самый эффективный вариант для терапевтического воздействия – одновременное введение всех трёх фрагментов белка внутрь липосомы.

– Многие лаборатории в разных странах мира занимаются поиском эффективных решений для лечения рассеянного склероза, поскольку идеального лекарства до сих пор не существует: большинство из них обладают побочными эффектами. Предложенная нами вакцина была протестирована в серии доклинических экспериментов на животных и клинических испытаний на здоровых добровольцах и пациентах с рассеянным склерозом в нескольких крупных медицинских центрах России. Установлено, что препарат обладает хорошей переносимостью, – говорит старший научный сотрудник лаборатории

биокатализа ИБХ Алексей Белогуров.

Необходимо подчеркнуть, что сама технология инкапсулирования фрагментов белка миелина, то есть окружение пептидов однослойной липосомой, также является разработкой учёных этого института. Значение основного белка миелина для исследований в области терапии рассеянного склероза сотрудники лаборатории биокатализа ИБХ обосновали ещё в 2008 г., проведя цикл исследований на лабораторных животных с экспериментальным аутоиммунным энцефалитом.

Говорить о том, что «наш» препарат уже готов к производству, ещё рано, впереди очередная серия клинических испытаний.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Москва.

Санитарная зона

Уборка помещений в лечебно-профилактических учреждениях – занятие не только трудоёмкое, но и очень ответственное. Ведь все согласны, что именно чистота – залог здоровья.

Но, увы, в большинстве ЛПУ чистоту наводят вручную при помощи тряпки на швабре и ветоши. По-старинке, одним словом. Поэтому качество уборки медицинских помещений далеко не всегда отвечает требованиям санитарных норм и правил. Именно поэтому в Омском областном клиническом медико-хирургическом центре (КМХЦ) обзавелись децентрализованной системой уборки. Децентрализованной – потому что это устройство выполняет не одну операцию, а несколько – вплоть до очищения стен и поверхностей медицинской мебели от грязи и пыли. Эта чудо-техника позволяет не только повысить эффективность и эргономичность труда, но и сводит к минимуму человеческий фактор при профилактике ин-

Убирать медицинские помещения помогает техника

Её умело используют в Омске



Система для уборки медицинских помещений отлично показывает себя в Омске

фекций, связанных с оказанием медицинской помощи.

– Использование современных технологий уборки в разы сокращает затраты на проведение дезинфекции, – рассказывает главная медицинская сестра КМХЦ кандидат медицинских наук Наталья Ибрагимова. – Сама же система представляет собой тележку с множеством многофункциональных ванн и лотков. Они предназначены для замачивания насадок (мопов) и салфеток рабочим раствором. Лотки имеют фиксаторы закрывания для безопасной транспортировки. На внутренней поверхности стенок – мерная шкала для точного дозирования дезинфицирующего раствора.

Насадки, используемые при уборке помещений в КМХЦ, выполнены из специальных долговечных материалов, что

увеличивает срок эксплуатации инвентаря. При обычной уборке ветошью всегда есть возможность переноса микроорганизмов из помещения в помещение, тем более что она используется многократно. С применением инновационной системы это исключается полностью. Каждое новое помещение обрабатывается чистым мопом, который используют только один раз.

Подобные системы уборки применяются в ЛПУ многих стран, а в Омске только в некоторых негосударственных (частных) клиниках. Так что Омский областной клинический медико-хирургический центр стал первопроходцем в освоении современных методов уборки медицинских помещений.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 46 (1985)

(Окончание. Начало в № 48 от 01.07.2016.)

Боль, связанная с проведением медицинских манипуляций

Лекарственные средства для профилактики боли, связанной с процедурами/медицинскими манипуляциями: аппликация местных анестетиков (крем/пластырь) за 1 час до процедуры (при постановке периферического катетера и др.); местная анестезия (при постановке дренажа грудной клетки, наложении швов и др.), анальгетики перорально (морфин за 1 час до процедуры или кетамин 10 мг/кг за 30-60 минут до процедуры), бензодиазепины в комбинации с анальгетиками (при выраженном беспокойстве ребёнка).

Боль в детской онкологии

При болях в костях: нестероидные противовоспалительные средства, кортикостероиды, наркотические анальгетики, облучение, адъюванты, бисфосфонаты. При нейропатической боли: наркотические анальгетики, адъюванты, блокада регионарного нерва. При висцеральной боли: наркотические и ненаркотические анальгетики, адъюванты.

Боли у детей с ВИЧ

При периферической нейропатии при ВИЧ: причины – ВИЧ, постгерпетическая невралгия, антиретровирусная терапия и др.; лечение – устранение причины (по возможности), при постгерпетической невралгии – ацикловир, нестероидные противовоспалительные средства и/или наркотические анальгетики в комбинации с адъювантами. При мышечном спазме при ВИЧ: анальгетики, нестероидные противовоспалительные средства, баклофен или адъюванты.

Боль в конце жизни (в терминальной стадии болезни)

При прогрессировании нарушения сознания, снижении способности принимать лекарства перорально, отказе от пероральных анальгетиков – альтернативные пути обезболивания (трансбуккальный, ректальный, внутривенный, через назогастральный зонд, трансдермальные пластыри и подкожно); портативные шприцевые насосы для введения анальгетиков вместе с седативными и противорвотными подожно; фентаниловый пластырь.

Мышечный спазм

Баклофен перорально стартовая доза 300 мкг/кг/сут (разделить на 4 приёма), увеличивать постепенно до обычной поддерживающей дозы 0,75-2 мг/кг в сутки (разделить на 4 приёма), пересмотр лечения, если нет эффекта в течение 6 недель; максимальная поддерживающая доза у детей в возрасте 1-2 года – 10-20 мг в сутки, в возрасте 2-6 лет – 20-30 мг в сутки, в возрасте 6-8 лет – 30-40 мг в сутки; в возрасте 8-10 лет – 60 мг в сутки; в возрасте 10-18 лет – 100 мг в сутки (избегать быстрой отмены; разрешён для применения перорально у детей старше 1 года, осторожно использовать при наличии эпилепсии, может вводиться интратекально в виде продолжительной инфузии в интратекальное пространство).

Мидазолам перорально, буккально, интраназально, ректально у детей в возрасте от 1 месяца до 18 лет – 200-500 мкг/кг (максимум 10 мг) разовая доза; для внутривенного и подкожного введения 100 мкг/кг разовая доза (раствор для инъекции может быть разведён при необходимости в физиологическом растворе или в 5%-ной глюкозе, чтобы применяться не парентерально).

Диазепам перорально, буккально, ректально стартовая доза у детей в возрасте 1-12 месяцев – по 250 мкг/кг 2 раза в день, в возрасте 1-5 лет – по 2,5 мг 2 раза в день, в возрасте 5-12 лет – по 5 мг 2 раза в день; в возрасте 12-18 лет – по 10 мг 2 раза в день.

Ибупрофен перорально у детей в возрасте 1 месяца – 12 лет – по 5-10 мг/кг 3-4 раза в день (максимум 2,4 г в сутки), в возрасте старше 12 лет – по 200-600 мг 3-4 раза в день (максимум 2,4 г в сутки) (ибупрофен уменьшает боль, но не убирает спазм).

Дантролен перорально стартовая доза у детей в возрасте 1 месяц – 12 лет – 500

мкг/кг 1 раз в день, в возрасте старше 12 лет – по 25 мг 1 раз в день; титрование – увеличение кратности дозы до 3-4 раз в день; если ответ недостаточный, продолжить увеличение дозы до максимально возможной (максимальные дозы у детей в возрасте 1 месяца – 12 лет – 2 мг/кг (до 100 мг общая доза) в 4 приёма, старше 12 лет – 100 мг в 4 приёма).

Тизанидин у детей в возрасте старше 12 лет доза, как у взрослых, – стартовая 2 мг в сутки 1 раз в день, при неэффективности доза может увеличиваться каждые 3-4 дня, увеличение дозы идёт от 2 до 24 мг в сутки в 3-4 приёма (максимум 36 мг в сутки).

Фармакотерапия персистирующей боли у детей и подростков при оказании паллиативной помощи в стационарных и амбулаторно-поликлинических условиях

Национальные клинические рекомендации Минздрава России

Хлорал гидрат для приёма перорально или ректально у детей в возрасте 1 месяца – 12 лет – по 30-50 мг/кг (максимум 1 г) на ночь, в возрасте 12-18 лет – 0,5-1 г (максимум 2 г) на ночь (не лечит спастические состояния, используется для прерывания приступа спазм-боль-беспокойство; избегать длительного применения и внезапной отмены).

При болях, вызванных старыми контрактурами, – обсудить целесообразность хирургического лечения или инъекций ботулотоксина (с хирургом, ортопедом).

Неконтролируемая или слабо поддающаяся лечению боль

Резкая, стремительно нарастающая боль, чувствительная к наркотическим анальгетикам. Причинами могут быть заболевания сердца, ассоциированные с лёгочной недостаточностью; злокачественные опухоли, при которых боли часто бывают прорывными, то есть возникающими на фоне достигнутого обезболивания систематическим приёмом обезболивающих.

Алгоритм паллиативного лечения:

Шаг 1. Выбрать быстродействующий путь введения (на дому – морфин интраназально или трансбуккально, использовать раствор для внутривенного введения; в стационаре – внутривенно).

Шаг 2. Стартовая доза морфина 0,05 мг/кг (если ребёнок не принимал до этого наркотические анальгетики) или 0,1 мг/кг (если ребёнок уже получает наркотики).

Шаг 3. Повторять дозу каждые 10-15 минут до максимальной стартовой дозы для данного возраста.

Шаг 4. Если ребёнку потребовалось 2 или 3 дозы, увеличить стартовую дозу при развитии следующего эпизода боли до общей дозы, которая требовалась в предыдущий раз.

Шаг 5. При неэффективности шагов 1-4 – лечить по алгоритму нейропатической боли.

Неконтролируемая или слабо поддающаяся лечению нейропатическая боль

Причинами могут быть солидные опухоли, буллёзный эпидермолиз, быстро прогрессирующее искривление позвоночника, вывих/смещение бедра, энцефалоцеле, гипоксическая ишемическая энцефалопатия, другие – как нейропатический компонент.

Используются наркотические анальгетики – морфин (или метадон в качестве дополнительного обезболивающего либо смена всех опиатов на метадон). При солидных опухолях добавляются высокие дозы дексаметазона, лучевая терапия. При неэффективности – кетамин под

язык или постоянная подкожная инфузия. В стационаре можно использовать лидокаин (регионарная блокада нерва). При неэффективности – интратекальная и эпидуральная анальгезия (морфина сульфат или морфина гидрохлорид).

Клинические примеры расчёта эквивалентных доз наркотических анальгетиков

Расчёты доз при ротации с одного наркотического анальгетика на другой должны проводиться через пересчёт на морфин пероральный.

В данной главе представлены расчёты по ротации основных наркотических анальгетиков в детской практике. Расчёты доз кодеина и трамадола так же включены, так как они пока занимают большую нишу в практике обезболивания в России из-за отсутствия детских форм морфина, несмотря на то, что они не рекомендованы для использования в детской практике, согласно последним рекомендациям ВОЗ 2012 г.

Переход с кодеина на морфин

NB: Максимальная суточная доза кодеина у детей старше 12 лет составляет 240 мг в сутки, или 6 мг/кг. Суточная доза кодеина делится на 4-6 приёмов.

Ребёнку 10 лет (30 кг) со злокачественной опухолью и метастазами в кости был назначен кодеин, так как монотерапия НПВС не помогала купировать боль. Учитывая метастазы в кости, ребёнку оставили ибупрофен в возрастной дозе (дополнительно к кодеину). Основная стартовая доза кодеина составила 0,5 мг/кг каждые 4 часа, то есть по 15 мг кодеина 6 раз в день (в 6, 12, 14, 18, 22, 2 часа). В первые сутки ему понадобилось 4 резервных дозы кодеина для купирования прорывных болей, возникающих на фоне основных (в 7, 11:30, 16 и 4 часа). Врач пересчитал суточную дозу кодеина на новую, с учётом принятых резервных доз. Во 2-е сутки ему опять понадобилось 4 дополнительных дозы кодеина. Ему вновь пересчитали дозу, увеличив с учётом принятых резервных.

Вопрос: Нужно ли переводить ребёнка на морфин? Почему?

Расчёт

Доза кодеина, принятого в 1-е сутки:

1) Основная суточная доза: 15 мг х 6 = 90 мг.

2) Резервная доза (1/6 от суточной основной дозы): 90 мг : 6 = 15 мг.

3) Сумма резервных доз, принятых в первые сутки: 15 мг х 4 = 60 мг.

Доза кодеина на 2-е сутки:

1) Новая суточная основная доза (равна сумме основной дозы за 1-е сутки и всех принятых за 1-е сутки резервных доз): 90 мг + 60 мг = 150 мг в сутки.

2) Новая разовая основная доза: 150 мг : 6 = 25 мг

3) Режим приёма кодеина: по 25 мг 6 раз в сутки (6, 10, 14, 18, 22, 2 часа).

4) Новая резервная доза (1/6 от суточной основной дозы, рассчитанной на 2-е сутки): 150 мг : 6 = 25 мг.

5) Сумма резервных доз, принятых за 2-е сутки: 25 мг х 4 = 100 мг в сутки.

Доза кодеина на 3-и сутки:

1) Новая суточная основная доза (равна сумме основной дозы за 2-е сутки и всех принятых за 2-е сутки резервных доз): 150 мг + 100 мг = 250 мг в сутки.

2) Эта доза превышает максимально допустимую суточную дозу кодеина для ребёнка 10 лет (должна быть менее 6 мг/кг в сутки, то есть менее 180 мг в сутки).

3) Следовательно, ребёнок должен быть переведён на морфин.

Расчёт стартовой дозы морфина для приёма перорально:

1) Суточная основная доза морфина

для приёма перорально (составляет 1/10 от суточной дозы кодеина, рассчитанной для приёма перорально, так как морфин в 10 раз сильнее кодеина): 250 мг : 10 = 25 мг в сутки.

2) Разовая основная доза морфина для приёма перорально: 25 мг : 6 приёмов = 4 мг.

3) Режим назначения основных доз морфина перорально (в каплях или таблетках быстрого действия): по 4 мг каждые 4 часа (в 6, 10, 14, 18, 22, 2).

4) Резервная доза морфина для приёма перорально: 25 мг : 6 = 4 мг.

Расчёт стартовой дозы морфина для введения подкожно:

1) Суточная основная доза морфина для введения подкожно равна половине суточной дозы морфина для приёма перорально: 25 мг : 2 = 12,5 мг

2) Режим введения может быть подкожно каждые 4 часа (12,5 мг : 6 = 2 мг, то есть по 2 мг морфина подкожно 6 раз в сутки), однако это непереносимо для ребёнка, так

как эмоционально тяжело переносится и ухудшает качество жизни. Предпочтительнее введение подкожно путём длительной инфузии (в данном случае игла может меняться по мере необходимости, стоит до 3-14 дней).

3) Рассчитанная основная доза может быть заправлена в шприцевой насос для непрерывной суточной подкожной инфузии в течение 24 часов (развести до 10 мл 0,9%-ного NaCl, скорость инфузии = 10 мл : 24 часа = 0,4 мл/час).

4) Резервная доза для подкожного введения (1/6 от суточной основной дозы для подкожного введения): 12,5 : 6 = 2 мг. Эта же доза может быть дана перорально (2 мг х 2 = 4 мг).

5) Оценка эффективности обезболивания и необходимой дозы морфина должна идти каждый день. Увеличение дозы морфина должно производиться, если больному понадобилось более 2 резервных доз морфина в сутки.

Если у ребёнка есть центральный катетер или ему противопоказано подкожное титрование, морфин может титроваться внутривенно (в том числе на дому). Струйное внутривенное введение морфина разрешается только в условиях стационара и при наличии налоксона на случай развития острых токсических эффектов морфина.

Расчёт стартовой дозы морфина для введения внутривенно:

1) Суточная основная доза морфина для введения внутривенно равна половине суточной дозы морфина для приёма перорально: 25 мг : 2 = 12,5 мг.

2) В стационаре режим введения может быть внутривенно струйно каждые 4 часа (по 2 мг морфина внутривенно струйно 6 раз в сутки), однако это опасно развитием высоких пиковых доз на фоне быстрого введения препарата. Может использоваться только при необходимости быстрого купирования очень сильного болевого синдрома. В других случаях внутривенное введение путём длительной инфузии является предпочтительным.

3) Рассчитанная основная доза может быть заправлена в шприцевой насос для непрерывной суточной внутривенной инфузии в течение 24 часов (развести до 48 мл 0,9%-ный NaCl, скорость инфузии = 48 мл : 24 часа = 2 мл/час).

4) Резервная доза для внутривенного введения (1/6 от суточной основной дозы для внутривенного введения): 12,5 : 6 = 2 мг. Внутривенно струйно может вводиться только в стационаре и только при необходимости быстрого купирования очень сильного болевого синдрома. Эта же доза может быть дана перорально (2 мг х 2 = 4

мг) или введена подкожно болюсно медленно за 1-2 минуты (доза для подкожного введения равна внутривенной дозе, то есть составляет 2 мг).

5) Оценка эффективности обезболивания и необходимой дозы морфина должна идти каждый день. Увеличение дозы морфина должно производиться, если больному понадобилось более 2 резервных доз морфина в сутки.

Переход с трамадола на морфин

Для детей младше 12 лет максимальная разовая стартовая доза трамадола (для приёма перорально) по 1 мг/кг каждые 4-6 часов (но не более 50 мг каждые 6 часов), данную дозу можно увеличивать максимум до 3 мг/кг каждые 6 часов (но не более 100 мг каждые 6 часов, то есть не более 400 мг в сутки).

Для детей старше 12 лет максимальная стартовая разовая доза (для приёма перорально) по 50 мг каждые 4-6 часов, данную дозу можно увеличивать максимум до 100 мг каждые 6 часов (то есть не более 400 мг в сутки).

Ребёнку 14 лет с опухолью головного мозга и нейропатическим компонентом был назначен трамадол в стартовой дозе по 50 мг каждые 6 часов. Увеличение дозы до максимально разрешённой (400 мг в сутки) не дало ожидаемого обезболивания.

Вопрос: Какова стартовая доза морфина для приёма перорально и для парентерального введения?

Расчёт стартовой дозы морфина для приёма перорально:

1) Суточная основная доза морфина для приёма перорально (составляет 1/5 от суточной дозы трамадола, рассчитанной для приёма перорально, так как морфин в 5 раз сильнее трамадола): $400 \text{ мг} : 5 = 80 \text{ мг}$ в сутки.

2) Разовая основная доза морфина для приёма перорально: $80 \text{ мг} : 6 \text{ приёмов} = 13 \text{ мг}$.

3) Режим назначения основных доз морфина перорально (в каплях или таблетках быстрого действия): по 13 мг каждые 4 часа (в 6, 10, 14, 18, 22, 2).

4) Резервная доза морфина для приёма перорально: $80 \text{ мг} : 6 = 13 \text{ мг}$.

Расчёт стартовой дозы морфина для введения подкожно:

1) Суточная основная доза морфина для введения подкожно равна половине суточной дозы морфина для приёма перорально: $80 \text{ мг} : 2 = 40 \text{ мг}$.

2) Режим введения может быть подкожно каждые 4 часа ($40 : 6 = 6,5 \text{ мг}$, то есть по 6,5 мг морфина подкожно 6 раз в сутки), однако это неприемлемо для ребёнка, так как эмоционально тяжело переносится и ухудшает качество жизни. Предпочтительнее – введение подкожно путём длительной инфузии (в данном случае игла может меняться по мере необходимости, стоит до 3-14 дней).

3) Рассчитанная основная суточная доза морфина может быть запрошена в шприцевой насос для непрерывной суточной подкожной инфузии в течение 24 часов (развести до 10 мл 0,9%-ного NaCl, скорость инфузии = $10 \text{ мл} : 24 \text{ часа} = 0,4 \text{ мл в час}$).

4) Резервная доза для подкожного введения (1/6 от суточной основной дозы для подкожного введения): $40 : 6 = 6,5 \text{ мг}$. Эта же доза может быть дана перорально ($6,5 \text{ мг} \times 2 = 13 \text{ мг}$).

5) Оценка эффективности обезболивания и необходимой суточной и разовой дозы морфина необходимо проводить каждый день. Увеличение разовой и суточной дозы морфина должно производиться, если больному понадобилось более 2 резервных доз морфина в сутки.

Если у ребёнка есть центральный катетер или ему противопоказано подкожное титрование, морфин может титроваться внутривенно (в том числе на дому). Струйное внутривенное введение морфина разрешается только в условиях стационара и при наличии налоксона на случай развития острых токсических эффектов морфина.

Расчёт стартовой дозы морфина для введения внутривенно:

1) Суточная основная доза морфина для введения внутривенно равна половине суточной дозы морфина для приёма перорально: $80 \text{ мг} : 2 = 40 \text{ мг}$.

2) В стационаре режим введения может быть внутривенно струйно каждые 4 часа ($40 : 6 = 6,5 \text{ мг}$, то есть по 6,5 мг морфина внутривенно струйно 6 раз в сутки), однако это опасно развитием высоких пиковых доз на фоне быстрого введения

препарата. Может использоваться только при необходимости быстрого купирования очень сильного болевого синдрома. В других случаях внутривенное введение путём длительной инфузии является предпочтительным.

3) Рассчитанная основная доза может быть запрошена в шприцевой насос для непрерывной суточной внутривенной инфузии в течение 24 часов (развести до 48 мл 0,9%-ного NaCl, скорость инфузии = $48 \text{ мл} : 24 \text{ часа} = 2 \text{ мл в час}$).

4) Резервная доза для внутривенного введения (1/6 от суточной основной дозы для внутривенного введения): $40 : 6 = 6,5 \text{ мг}$. Внутривенно струйно может вводиться только в стационаре и только при необходимости быстрого купирования очень сильного болевого синдрома. Эта же доза может быть дана перорально ($6,5 \text{ мг} \times 2 = 13 \text{ мг}$) или введена подкожно болюсно медленно за 1-2 минуты (доза для подкожного введения равна внутривенной дозе, то есть составляет 6,5 мг).

5) Оценка эффективности обезболивания и необходимой дозы морфина следует проводить каждый день. Увеличение дозы морфина должно производиться, если больному понадобилось более 2 резервных доз морфина в сутки.

Переход с морфина короткого действия, принимаемого перорально, на морфин пролонгированного действия (перорально)

Подбор эффективной обезболивающей дозы производится только морфином короткого действия. Резервные дозы принимаются только в виде морфина короткого действия. После подбора оптимального обезболивания пациент может быть переведён на приём морфина пролонгированного действия. При этом морфин короткого действия может быть использован в качестве резервных доз для купирования прорывных болей на фоне регулярного приёма морфина пролонгированного действия.

1-й день. Ребёнок весом 30 кг получает быстроедействующий морфин короткого действия в основной дозе 1 мг/кг в сутки, то есть 30 мг морфина в сутки, или по 5 мг каждые 4 часа. Резервная доза – 1/6 от принимаемой суточной дозы, что составляет 5 мг.

2-й день. 4 резервные дозы по 5 мг.

3-й день. 2 резервные дозы по 5 мг.

Оценку эффективности обезболивания провели через 48 часов. Поэтому рассчитали среднее количество резервных доз, которое потребовалось за эти 2 суток, чтобы адекватно увеличить основную суточную дозу морфина.

1) Среднее количество резервных доз = 4 дозы + 2 дозы = 6 доз : 2 суток = 3 дозы.

2) Расчёт дозы морфина, полученной путём введения дополнительных резервных доз: $5 \text{ мг} \times 3 \text{ дозы} = 15 \text{ мг}$.

3) Расчёт новой основной суточной дозы морфина короткого действия: $30 \text{ мг} + 15 \text{ мг} = 45 \text{ мг}$ в сутки.

4) Расчёт новой резервной дозы морфина короткого действия: $45 \text{ мг} : 6 = 7,5 \text{ мг}$.

4-й день. Ребёнок принял две резервные дозы морфина короткого действия по 7,5 мг.

5-й день. Ребёнку понадобилась одна резервная доза морфина короткого действия по 7,5 мг.

Повторную оценку обезболивания провели через 48 часов (4-й и 5-й день).

1) Среднее количество резервных доз за 4-й и 5-й дни составило = 2 дозы + 1 доза = 3 дозы : 2 дня = 1,5 дозы.

2) Было решено увеличить основную суточную дозу морфина короткого действия: $1,5 \text{ резервных дозы} \times 7,5 \text{ мг} = 10 \text{ мг}$.

3) Новая основная суточная доза = $45 \text{ мг} + 10 \text{ мг} = 55 \text{ мг}$ морфина короткого действия в сутки.

4) Новая резервная доза: $55 \text{ мг} : 6 = 9 \text{ мг}$. 6-9-й дни. За все эти дни «резервные» дозы использовались только дважды. Поэтому решено было считать обезболивание подобранным и перевести ребёнка на морфин пролонгированного действия.

1) Основная суточная доза морфина короткого действия составляет 55 мг перорально.

2) 55 мг морфина короткого действия перорально эквивалентны 55 мг морфина пролонгированного действия перорально.

3) Так как в наличии были только таблетки пролонгированного морфина по 10 мг, а их делить нельзя, то суточную дозу округлили до 60 мг в сутки.

4) Разовая основная доза морфина пролонгированного действия составила 30 мг,

режим приёма – 2 раза в день (каждые 12 часов).

5) Расчёт резервной дозы: $60 \text{ мг} : 6 = 10 \text{ мг}$ морфина короткого действия.

6) Оценка эффективности обезболивания должна проводиться регулярно каждые 1-2 дня.

Переход с морфина короткого действия, вводимого подкожно или внутривенно, на морфин пролонгированного действия, принимаемого перорально

Подбор эффективной обезболивающей дозы производится только морфином короткого действия. Резервные дозы принимаются только в виде морфина короткого действия. После подбора оптимального обезболивания пациент может быть переведён на приём морфина пролонгированного действия. При этом морфин короткого действия может быть использован в качестве резервных доз для купирования прорывных болей на фоне регулярного приёма морфина пролонгированного действия.

Если в приведённом выше примере ребёнок получал морфин подкожно или внутривенно, то доза пролонгированного морфина будет другой.

1) Основная суточная доза морфина короткого действия составляет 55 мг подкожно (внутривенно), что эквивалентно 110 мг морфина короткого действия для приёма перорально.

2) 110 мг морфина короткого действия перорально эквивалентны 110 мг морфина пролонгированного действия перорально.

3) Так как в наличии не было таблеток морфина пролонгированного действия в дозе 5 мг, то разовая основная доза морфина пролонгированного действия составила 50 мг утром и 60 мг вечером, режим приёма – 2 раза в день (каждые 12 часов).

4) Расчёт резервной дозы: $110 \text{ мг} : 6 = 18 \text{ мг}$ морфина короткого действия.

5) Оценка эффективности обезболивания должна проводиться регулярно каждые 1-2 дня.

Переход с морфина короткого действия на фентаниловый пластырь

Фентаниловый пластырь является формой препарата пролонгированного действия. Поэтому его наклеивают только после того, как доза препарата была подобрана с помощью морфина короткого действия. Фентаниловый пластырь в размере 12,5 мкг/час, 25 мкг/час, 50 мкг/час, 75 мкг/час, 100 мкг/час фентанила.

Ребёнок 16 лет, 50 кг, со злокачественной опухолью забрюшинного пространства, сильный болевой синдром, тошнота, рвота. Начато обезболивание с помощью внутривенной инфузии морфина в суточной дозе 0,015 мг/кг/час.

Расчёт стартовой дозы морфина для введения подкожно или внутривенно:

1) Суточная основная доза морфина для введения внутривенно: $0,015 \text{ мг} \times 50 \text{ кг} \times 24 \text{ часа} = 18 \text{ мг}$ в сутки.

2) В стационаре режим введения может быть внутривенно струйно каждые 4 часа (по 3 мг морфина внутривенно струйно 6 раз в сутки), однако это опасно развитием высоких пиковых доз на фоне быстрого введения препарата, поэтому внутривенно струйно может использоваться только при необходимости быстрого купирования очень сильного болевого синдрома. В других случаях предпочтительным является введение подкожно болюсно, внутривенно или подкожно путём длительной инфузии.

3) Рассчитанная основная доза может быть запрошена в шприцевой насос для непрерывной суточной инфузии в течение 24 часов:

● для внутривенной инфузии развести морфин до 48 мл 0,9%-ного NaCl, скорость инфузии = $48 \text{ мл} : 24 \text{ часа} = 2 \text{ мл в час}$;

● для подкожной инфузии развести морфин до 10 мл 0,9%-ного NaCl, скорость 0,4 мл/час.

4) Резервная доза для внутривенного или подкожного введения (1/6 от суточной основной дозы для внутривенного введения): $18 \text{ мг} : 6 = 3 \text{ мг}$. Внутривенно струйно может вводиться только в стационаре и только при необходимости быстрого купирования очень сильного болевого синдрома. Эта же доза может быть дана перорально ($3 \text{ мг} \times 2 = 6 \text{ мг}$) или введена подкожно болюсно медленно за 1-2 минуты (доза для подкожного введения равна внутривенной дозе, то есть составляет 3 мг).

5) Оценка эффективности обезболивания и необходимой дозы морфина

должна идти каждый день. Увеличение дозы морфина должна производиться, если больному понадобилось более 1-2 резервных доз морфина в сутки.

1-й день. Пациенту понадобились 6 резервных доз, которые вводились внутривенно струйно медленно. Ему была увеличена суточная доза морфина.

1) Расчёт суммы резервных доз, введённых за 1-е сутки: $3 \text{ мг} \times 6 \text{ доз} = 18 \text{ мг}$.

2) Расчёт новой основной суточной дозы морфина для внутривенной инфузии: $18 \text{ мг} + 18 \text{ мг} = 36 \text{ мг}$ в сутки.

3) Расчёт новой резервной дозы для введения внутривенно струйно медленно: $36 \text{ мг} : 6 = 6 \text{ мг}$.

2-й день. Пациент получал 36 мг морфина в сутки путём продолжительной инфузии. Ему понадобилось ещё 4 резервные дозы.

1) Расчёт суммы резервных доз, введённых за 2-е сутки: $6 \text{ мг} \times 4 \text{ дозы} = 24 \text{ мг}$.

2) Расчёт новой основной дозы морфина: $36 \text{ мг} + 24 \text{ мг} = 60 \text{ мг}$.

3) Расчёт новой резервной дозы морфина: $60 \text{ мг} : 6 = 10 \text{ мг}$.

3-й день. Пациент получал 60 мг морфина в сутки путём продолжительной инфузии. Ему понадобилась ещё одна доза морфина, которая была введена подкожно болюсно.

1) Расчёт новой основной дозы морфина: $60 \text{ мг} + 10 \text{ мг} = 70 \text{ мг}$.

2) Расчёт новой резервной дозы морфина: $70 \text{ мг} : 6 = 11,6 \text{ мг}$.

4-7-й дни. За эти дни пациент не нуждался в дополнительных введениях морфина. Было принято решение перевести его на фентаниловый пластырь.

1) Расчёт «размера» фентанилового пластыря: 1/3 от суточной дозы морфина, принятого перорально.

2) Пересчёт морфина, введённого внутривенно, на пероральный морфин: $70 \text{ мг} \times 2 = 140 \text{ мг}$.

3) Расчёт дозы фентанилового пластыря: $140 \text{ мг} : 3 = 46,7 \text{ мг}$.

4) То есть пациент нуждается в следующем размере фентанилового пластыря: 50 мкг/час фентанила.

5) При наклеивании пластыря помечаются дата и время. Пластырь переклеивается через 72 часа ровно в то время, когда он был наклеен. Пластырь начинает действовать через 18-24 часа после наклеивания и действует 24 часа после отклеивания.

6) После наклеивания первого пластыря необходимо продолжить обезболивание морфином в прежней дозе.

8-й день. Пациенту был наклеен фентаниловый пластырь в 10 часов, морфин в дозе 70 мг вводился путём внутривенной непрерывной суточной инфузии до 6 часов следующего дня.

Ротация с парентерального морфина на парентеральный фентанил

Все пересчёты должны проводиться через суточную дозу перорального морфина.

Ребёнок с очень выраженными болями получает морфин в течение 3 недель. На фоне быстрого прогрессирования болевого и роста злокачественной опухоли ему приходилось постоянно увеличивать дозу морфина. В настоящее время он получает 500 мг в сутки в виде подкожной инфузии. На этой дозе появились побочные эффекты морфина со стороны нервной системы, слабость, миоклонус. Было решено перевести ребёнка на альтернативный наркотический анальгетик фентанил парентерально, который является синтетическим опиоидом и по структуре значительно отличается от морфина.

1) Расчёт пероральной суточной дозы морфина: $500 \text{ мг морфина подкожно} \times 2 = 1000 \text{ мг морфина перорально в сутки}$.

2) Расчёт эквивалентной парентеральной суточной дозы фентанила: $1000 \text{ мг морфина перорально} : 150 = 6,67 \text{ мг в сутки}$.

3) В 1-е сутки дать дозу фентанила меньше на 25%: $0,25 \times 6,67 = 1,67 \text{ мг}$. Следовательно, доза парентерального фентанила на первые сутки: $6,67 \text{ мг} - 1,67 = 5 \text{ мг}$ в сутки путём непрерывной парентеральной инфузии.

4) Далее, при необходимости, довести суточную дозу парентерального фентанила до 100% (то есть до 6,67 мг в сутки).

Под редакцией главного
детского онколога Минздрава России
академика РАН
Владимира ПОЛЯКОВА.

Фундаментальные исследования в медицине привели к более глубокому пониманию биологических причин заболеваний. Эти знания были положены в основу создания инновационных препаратов. Благодаря новым открытиям уже в обозримом будущем могут полностью изменить подходы в терапии тяжёлых хронических заболеваний, ещё вчера считавшихся неизлечимыми, уверен Роб КОРЕМАНС, доктор медицинских наук, президент и главный исполнительный директор глобального подразделения Специализированной помощи Teva. В беседе с корреспондентом «МГ» он поделился своим видением настоящего и будущего фармацевтики.

– Какими лекарственными препаратами и нозологиями представлено подразделение Специализированной помощи и какое место оно занимает в общем бизнесе компании Teva?

– Деятельность подразделения Специализированной помощи, прежде всего, сфокусирована на тех терапевтических группах, которые имеют наибольшее социальное значение. В этом контексте нашими приоритетами являются лекарственные средства для лечения рассеянного склероза, болезни Гентингтона, бронхиальной астмы, болезни Паркинсона, а также ряда других хронических заболеваний. В структуре компании подразделение Специализированной помощи занимает одну из ключевых позиций: в общем объёме годового оборота Teva, составляющего около 22 млрд долл., 40%, или 8,3 млрд долл. приходится на долю специализированных средств.

В продуктовом портфеле всей компании представлены в равном соотношении как инновационные продукты, так и генерики, и мы считаем, что это разумный баланс. Подразделение Специализированной помощи, которое представлено только инновационными препаратами, активно сотрудничает с ведущими университетами и клиниками, взаимодействует с исследовательскими компаниями, занятыми поиском перспективных молекулярных мишеней. Именно там рождаются новые идеи, которые мы потом дорабатываем и воплощаем на практике в виде инновационного продукта. Приобретение компаний путём слияния и поглощения также позволяет усилить профильный бизнес Teva.

Если говорить о ближайшей перспективе, то я думаю, что партнёрство и взаимная кооперация компаний не только в области научных изысканий, но и в сфере цифровых технологий, новых устройств и систем доставки лекарственных средств будет основным трендом развития в фармацевтике. Конечно, для нас очень важна и обратная связь. Таким образом, ещё одно направление деятельности подразделения – взаимодействие с врачами, пациентами, государственными и регуляторными органами.

– Углубимся в детали. По каким параметрам выбираются направления для инновационных разработок?

– Наша стратегия выбора включает в себя несколько аспектов. В первую очередь мы анализируем, в каких терапевтических группах имеются «бреши», то есть заболевания, для которых в настоящее время нет эффективного лечения. Также оцениваем свои возможности в тех областях, где у нас имеются достаточные компетенции и накоплены определённые экспертные знания, позволяющие развивать это направление как самостоятельно, так и в кооперации с нашими партнёрами. Важной составляющей этого процесса является экономический расчёт: насколько оправданными будут вложения в новый проект, как это повысит ценность компании для акционеров Teva в краткосрочной и долгосрочной перспективе.

Одним из определяющих в этом процессе является гуманитарный аспект. По мере развития фармацевтики растёт и социальная ответственность компаний. Так, например, одним из заболеваний,

Ориентуры

Революция в фармакологии почти здесь

О специализированных препаратах, «брешах» в лечении, персонифицированной медицине и правильном понимании инноваций



представляющих собой огромную общественную проблему, является хроническая мигрень. Для помощи таким больным Teva разработала биологический препарат, который относится к классу «моноклональные антитела», в настоящее время он проходит третью фазу стадии клинических испытаний. Нам ещё предстоит доказать, что новое лекарственное средство будет эффективно в борьбе с этим недугом, тем не менее предварительные результаты весьма обнадеживающие.

Ведь помимо клинической эффективности существует и экономическая составляющая. При выходе на рынок нового лекарственного средства компания должна продемонстрировать, что выгода для общества от его применения превосходит те затраты, которые возьмёт на себя государство, оплачивая лечение таких больных. Аналогичные подходы существуют и в отношении других социально значимых заболеваний.

– Доктор Кореманс, что вы лично считаете инновацией в фармакологии, медицине?

– Я глубоко убеждён, что инновации – это нечто большее, чем просто излечение пациентов, увеличение продолжительности и повышение качества жизни. В философском понимании инновации сохраняют жизнь там, где раньше была смерть. Но для этого принципиально важно, чтобы препарат попадал в нужное место, в нужное время и в нужной дозе.

Согласно недавнему исследованию, проведённому в Роттердамском университете в Нидерландах, 1/6 расходов на госпитализацию связана с тем, что люди нерационально или неправильно применяют назначенные им лекарства. Один из наиболее показательных примеров в этом плане – бронхиальная астма. Статистика демонстрирует, что при использовании обычного ингалятора только у одного из трёх пациентов лекарство попадает в лёгкие в необходимой дозе. Для помощи больным брон-

хиальной астмой Teva разработала новую форму ингалятора, снабдив его счётчиком доз. Казалось, небольшая инновация, но в результате её применения на практике только в США удалось снизить количество госпитализаций пациентов с тяжёлыми приступами астмы на 50%, и это потрясающий результат.

Ещё одно направление – соз-

числе воспроизведённого глатирамера ацетата, может рассматриваться как назначение нового препарата. Как пример, можно привести опыт Мексики, где 3 года назад на рынок вышел воспроизведённый препарат Копаксона. К сожалению, при переводе на «копию» у многих пациентов отмечалось снижение клинической эффективности, что проявлялось

эти исследования показали экономические преимущества данной формы Копаксона по сравнению с предыдущей. Аналогичные исследования Teva проводит и в отношении других своих препаратов.

– Поделитесь своим видением будущего медицины. Какое место в ней будет занимать лекарственная терапия?

– Мы сегодня много говорили

дание модифицированных форм инъекционных препаратов. Teva разработала и вывела на рынок новую дозировку своей инновационной разработки – первого препарата для терапии рассеянного склероза Копаксон, что позволило существенно повысить комплаентность пациентов с этим тяжёлым инвалидизирующим заболеванием. Наши исследования показывают, что приверженность к лечению Копаксоном у пациентов выше даже, чем у таблетированным препаратам.

– Это интересный факт. А что вы можете сказать о воспроизведённых препаратах Копаксона, которые сегодня выводятся на фармрынки, в том числе и российский? Насколько, по вашему мнению, препараты-аналоги могут рассматриваться как полноценная его замена?

– В случае с препаратом Копаксон невозможно говорить о точной его копии, поскольку он обладает слишком сложной структурой, которая не может быть полностью описана с помощью современной международной химической классификации. Как вы понимаете, довольно сложно в точности воспроизвести то, структура чего до конца неизвестна. Учитывая это, ВОЗ относит Копаксон к небиологическим лекарственным средствам сложного химического строения (NBCDs – Non-biological complex drugs). У данной группы препаратов неизвестен точный состав, в результате чего Копаксон получил группировочное название и не имеет международного непатентованного названия. Из-за сложности строения воспроизведённые препараты Копаксона называют не генериками, а препаратами-аналогами группы глатирамидов (FOGA – follow-on glatiramoids).

По сути, это новые препараты, которые имеют отличия в строении по сравнению с Копаксоном, и для доказательства их эффективности и безопасности необходимо проведение полного цикла клинических исследований. Только запатентованная и отлаженная технология производства оригинального препарата может гарантировать стабильное качество, а значит, и его клиническую эффективность и безопасность.

Лечение рассеянного склероза – длительный процесс, и эффективность назначенной терапии можно оценить не ранее, чем через 6-12 месяцев. Любое обострение РС может привести к возникновению стойких, некурабельных и инвалидизирующих симптомов, поэтому важно постоянно придерживаться терапии, которую рекомендовал лечащий врач. Назначение пациенту, который уже получает эффективную терапию, другого препарата, в том

в виде обострений заболевания, а также сопровождалось увеличением частоты побочных реакций. В свою очередь, эффективность и безопасность Копаксона-Тева подтверждены опытом 20-летнего применения в рамках реальной клинической практики в 57 странах мира.

Приведённые данные свидетельствуют о необходимости тщательного подхода к регистрации воспроизведённых версий небиологических лекарственных средств сложного химического строения и обязательного проведения наблюдательных программ оценки безопасности после их выхода на рынок.

– Вы упомянули о новой форме выпуска Копаксона – в новой дозировке Копаксон 40. Каковы её преимущества в плане терапии?

– Новая форма препарата позволяет делать инъекции всего 3 раза в неделю, то есть на 60% инъекций меньше. Кроме того, количество побочных реакций, связанных с инъекциями уменьшается в 2 раза. Безусловно, все эти преимущества в значительной степени способствуют соблюдению схемы терапии, а значит, и положительно влияют на эффективность лечения. Также хочется отметить, что для регистрации Копаксона 40 была проведена полноценная программа клинических исследований, в которых препарат доказал свою клиническую эффективность, безопасность и лучшую переносимость по сравнению с препаратом Копаксон-Тева 20 для ежедневного применения. В настоящее время около 80% пациентов с РС во всём мире, ранее получавших лечение Копаксоном-Тева 20, были успешно переведены на Копаксон 40.

– Но помимо клинической эффективности существенная роль в современном здравоохранении отводится фармакоэкономическим показателям терапии...

– Разумеется, экономический аспект также очень важен. Во многих странах мира фармакоэкономическая оценка используется для решения вопроса о возможности возмещения расходов на лекарственную терапию. Основная цель подобных исследований – обосновать с экономической точки зрения, что расходы на терапию конкретным препаратом будут меньше прямых медицинских и немедицинских затрат, а также потерь в связи с нетрудоспособностью по причине болезни. Прежде всего, это актуально для тех лекарств, которые только выводятся на рынок. Так, в отношении Копаксона 40 в последнее время было проведено несколько фармакоэкономических исследований в странах Евросоюза. Все

об инновациях. Я думаю, что в будущем лекарственная терапия сохранит своё значение в медицине. Но она станет более адресной, учитывающей генетические, физиологические, биохимические и другие индивидуальные особенности пациентов. По сути, персонифицированная медицина, к которой мы все так стремимся, является той самой инновацией, при которой препарат попадает в нужное место, в нужное время и в нужной дозе. То есть лечение адаптируется под конкретного человека, что не только повышает его эффективность, но и позволяет избежать развития нежелательных побочных реакций, развития тяжёлых осложнений, развития тяжёлых осложнений, и здесь кроется колоссальный резерв повышения результативности терапии.

Сегодня люди стали жить лучше и качественнее. Ожидаемая продолжительность жизни растёт: за каждые 4 года она увеличивается на 1 год. Вы только вдумайтесь: те дети, которые родились в этом году, уже проживут на год больше по сравнению с теми, кто родился в 2012 г. Расчёты показывают, что около 50% прироста продолжительности жизни происходит именно за счёт внедрения в клиническую практику новых лекарственных препаратов.

Персонифицированная фармакотерапия уже в обозримом будущем создаст беспрецедентные возможности для лечения многих тяжёлых заболеваний. Полагаю, что в ближайшее десятилетие появятся шансы на эффективную терапию некоторых видов рака, заболеваний мозга и центральной нервной системы, иммунологических заболеваний. Лечение боли также выйдет на качественно новый уровень. Ну а кроме того, всегда возможны инновации в самых неожиданных областях медицины.

– И в завершение беседы вопрос практический. Планирует ли Teva производить препараты, которые относятся к подразделению Специализированной помощи, на базе производственных мощностей в Ярославле?

– Да, уже сегодня на нашем заводе в Ярославле производится упаковка препаратов и определено несколько генерических рецептурных ЛС, которые будут производиться на предприятии начиная с 2017 г. Кроме того, в этом году Минздрав России одобрил выпуск Копаксона 40 на нашем заводе, и мы планируем осуществить это в будущем. В отношении других оригинальных препаратов могу сказать, что мы не исключаем такой возможности, но пока конкретных планов я озвучить не могу.

Ирина АНДРЕЕВА.

Никто не спорит, что искусственный аборт – сложнейшая био-этическая проблема. При её обсуждении сталкиваются полярные, порой непримиримые точки зрения, основанные на консервативной и либеральной позициях. Масло в огонь подливает острота вопроса: жёсткий демографический кризис, уязвимое социальное положение людей, юридическая неопределённость прав, свобод и обязанностей.

Я знаю всё это не понаслышке, поскольку в течение 18 лет вёл занятия со студентами-медиками по пренатальной педагогике и психологии, проходивших по программе «Введение в духовную культуру врача». Разумеется, данной статьёй не расставить все точки над i. Но поделюсь некоторыми рассуждениями и выводами из наших студенческих семинаров.

Краткий экскурс в историю

Начнём с информации к размышлению по разным странам и народам. Вопреки требованиям буддизма, конфуцианства и даосизма с конца 1970-х годов в Китае проводилась политика «Одна семья – один ребёнок». Итог печальный: ухудшение репродуктивного здоровья, рост числа убийств нерождённых и новорождённых младенцев привели к серьёзным демографическим сдвигам – гендерному дисбалансу и старению населения. Новая редакция закона о планировании семьи вступила в силу 1 января 2016 г. Теперь любой семейной паре позволено рожать более одного ребёнка без всяких санкций.

В Японии паспортный возраст новорождённого отсчитывается не с рождения, а с зачатия. Несмотря на высокую плотность населения на 1 км² жилой площади, аборт разрешены только по медицинским и социальным показаниям.

В исламских странах господствующая религия всегда выступает против аборта. Он считается нарушением воли Всевышнего и преступлением перед нацией. Ислам последовательно защищает права нерождённого ребёнка, хотя до 120 дней с момента зачатия допускает аборт при угрозе жизни матери и некоторых других тяжёлых обстоятельствах. По истечении указанного срока уничтожение человеческого зародыша категорически запрещено и карается законом.

В некоторых направлениях ислама верующим родителям предписывается убить свою дочь, если она сделала аборт (принцип «кровь смывается кровью»). Врач, произведший эту операцию, лишается возможности вести дальнейшую профессиональную деятельность без права переквалифицироваться в будущем и подлежит суду по местному шариатскому законодательству.

В Израиле аборт разрешен только по медицинским и социально-экономическим показаниям. Но при этом требуется разрешение религиозного комитета. Уровень абортотворчества относительно высокий из-за более либеральной практики в отношении беременных нееврейского происхождения.

А теперь посмотрим европейский опыт. До объединения Западной и Восточной Германии аборт в ГДР был разрешен, а в ФРГ – запрещен. В 1989 г., после разрушения Берлинской стены, встал вопрос об унификации законодательства. В результате долгих дискуссий всех заинтересованных сторон немецкое общество всё же признало аборт. Хотя пресса, религиозные и общественные организации реагировали весьма язвительными комментариями типа: «Это преступно, но разрешено. Где же логика?»

Ныне действующая редакция Уголовного кодекса Германии вступила в силу в 1995 г. В целях «гармонизации законодательства западных и восточных земель» была сделана уступка жителям бывшей ГДР. Каждая женщина при сроке беременности до 12 недель имеет право самостоятельно решать вопрос о материнстве, однако после специальной консультации в социальном центре, многие из которых принадлежат католической и лютеранской церквям. Работник центра свидетельствует, что будущий ребёнок имеет право на жизнь, и пытается образумить женщину. Если же она настаивает, то сама оплачивает операцию (примерно

Мнение

Аборт как индикатор зрелости общества И взгляд на частную жизнь женщины?



300-700 евро). Разрешены и более поздние аборт: при угрозе жизни и здоровью женщины или изнасиловании.

Чтобы произвести аборт во Франции, нужно письменно заявить о своей «трудной жизненной ситуации». Далее наступает «неделя тишины», когда проводится консультирование для выявления и устранения причин, подтолкнувших к такому выбору. Аборт платный. У врача есть право не делать эту операцию по религиозным убеждениям, о чём он должен сразу же уведомить пациентку.

В Италии для абортов по желанию женщины также действует правило «недели тишины». От несовершеннолетних требуется согласие родителей. Благодаря сильным позициям католической церкви не только отдельные врачи, но и клиники (даже государственные) часто отказываются от проведения абортов.

В Великобритании ситуация разнится по регионам, хотя во всех частях страны медицинские показания должны быть обоснованы как минимум двумя специалистами. В Англии, Шотландии и Уэльсе аборт допускается по социально-экономическим и медицинским показаниям, в Северной Ирландии – только по медицинским. Поправка в Конституцию Ирландии, принятая на референдуме 1983 г., устанавливает, что государство «признаёт право на жизнь нерождённого ребёнка наравне с правом на жизнь его матери, гарантирует в своих законах уважение, защищает и поддерживает своими законами это право настолько, насколько возможно».

В начале 1990 г. в Польше введено жёсткое законодательство: легализованы аборт только по медицинским показаниям, а также после изнасилования и инцеста. Поэтому число абортов резко сократилось. По данным демографов, Польша – единственная страна Центральной и Восточной Европы с положительным естественным приростом населения.

Конституции Чешской и Словац-

кой республик тоже провозглашают, что «человеческая жизнь достойна охраны уже до рождения». А согласно принятой в 2011 г. Конституции Венгрии, жизнь человека начинается с момента зачатия. Аборт фактически объявляется убийством.

Как видим, многие государства вводят различные ограничения на аборт. К примеру, обязательный период ожидания (женщине даётся время спокойно обдумать и пересмотреть своё решение), согласие

прослушиванием и визуализацией сердцебиения плода должен служить эталоном для законодательств всех 50 штатов. Это позволит совершенствовать законы в целях защиты матери и спасения дитя.

Законопроект помогает женщинам получить точную, причём в режиме реального времени, информацию, касающуюся предстоящего ей ответственного выбора. Просмотр женщиной УЗИ своего нерождённого ребёнка перед тем,

рождаемости населения. Много человеческих жизней унесли вооружённые конфликты, голодомор, нищета, повальные болезни и т.д. Вот почему в период правления И.Сталина (с 1936 г.) аборт без медицинских показаний официально запретили. Конечно, их продолжали делать, но нелегально, зачастую с риском тяжелейших осложнений.

Во время хрущёвской «оттепели» (1955 г.) аборт снова разрешили, установив «верхний» срок – 12 недель со дня зачатия. Отметим, что без специальной медицинской аппаратуры, лишь на основании беседы с женщиной врач мог легко (а иногда намеренно легко) ошибиться, определяя этот срок. Отсюда возникали злоупотребления.

Такое положение о предельно допустимом сроке сохранялось до 8 мая 1996 г. Тогда в постановлении № 567 Правительства РФ был утверждён перечень оснований для прерывания беременности по социальным показаниям при сроке до 22 недель включительно. Отмечу, что всего период внутриутробного развития длится 40 (!) недель.

Социальными показаниями к аборту были: инвалидность 1-й или 2-й группы у мужа; смерть мужа во время беременности; пребывание беременной или её супруга в местах лишения свободы; женщина или её муж признаны в установленном порядке безработными; решение суда о лишении или ограничении родительских прав; женщины, не состоящие в браке; расторжение брака во время беременности (развод); изнасилование; отсутствие собственного жилья, проживание на частной площади, в общежитии; статус беженца или вынужденного переселенца; многодетность (более 3 детей); доход на одного члена семьи меньше прожиточного минимума, установленного для данного региона России.

Очевидно, под такие социальные показания к аборту можно подогнать всё что угодно! Ими легко воспользоваться в корыстных целях, достав различные, подчас липовые справки!

Поэтому 11 августа 2003 г. Правительство РФ приняло решение резко сократить перечень этих социальных показаний. Остались следующие: решение суда о лишении или ограничении родительских прав, изнасилование, пребывание женщины в местах лишения свободы и наличие инвалидности 1-й или 2-й группы у мужа либо смерти мужа во время беременности.

По мнению заведующей кафедрой биомедицинской этики Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова, члена этического комитета Минздрава России, профессора И.Силюяновой, «отечественное законодательство должно привести в соответствие закон и моральные принципы врачевания и легализовать право врача отказываться от производства аборта по нравственным убеждениям или вероисповеданию, кроме случаев проведения аборта по медицинским показаниям, когда замена врача невозможна».

Итак, отношение к аборт кардинально менялось в разные исторические эпохи, в зависимости от религиозных верований, государственных интересов, идеологических установок, экономического положения и т.п. Это убеждает нас, что нормы законодательства, экономическая и политическая ситуация, общественные процессы и частные мнения не могут служить объективным критерием правомерности аборта. Он является зеркалом гражданской и нравственной зрелости общества. Именно с таких позиций и должна решаться эта проблема.

Константин ЗОРИН,
доцент кафедры общей психологии,
кандидат медицинских наук.
**Московский государственный
медико-стоматологический
университет им. А.И.Евдокимова.**

как она согласится на аборт, даёт шанс убедиться, что на 22-й день после зачатия уже появляется пульсирующая точка – сердце.

В марте 2013 г. в штате Арканзас принят весьма строгий для США закон. Преодолев вето губернатора-демократа, сенат, контролируемый республиканцами, постановил: аборт после 12-й недели повлечёт за собой уголовную ответственность. Хотя закон штата фактически противоречит федеральному закону, но имеет юридическое преимущество и обязателен для исполнения на данной территории. Американские законодатели умело ввели в юридический оборот понятие «нерождённый ребёнок», а не какие-то безликие термины типа «эмбрион», «плодное яйцо» и «биоматериалы». Если прекращение сердцебиения официально признаётся прекращением жизни, то почему начало сердцебиения не доказывает её зарождения?

В марте того же 2013 г. сенат американского штата Северной Дакоты одобрил закон, запрещающий аборт, если сердцебиение плода определяется на более ранних сроках беременности (6 недель). Исключения допускаются только в случаях угрозы смерти или необратимого ухудшения состояния здоровья беременной женщины. Также не позволяется делать аборт по причине полового отбора (нежелание родить мальчика или девочку).

По данным исследований института Guttmacher, парламентарии США по всей стране одобрили 92 закона о запрете абортов в 2011 г. и ещё 43 – в 2012 г. Замечу, что это очень характерная тенденция в либеральной Америке! Власть проявляет заботу о здоровье своего населения и не хочет допускать вымирания коренных жителей. Вот бы поучиться у Америки!

Запретить – разрешить?

В дореволюционной России аборт был запрещен, считался преступлением перед государством и карался в соответствии с тогдашним законодательством. И это вполне понятно, поскольку одна из официальных религий – православие – рассматривает эмбрион в качестве человека с момента зачатия. Если нет прямой угрозы жизни матери, искусственное прерывание беременности на любом сроке является тяжким грехом – убийством.

После революции 1905 г. в нашем государстве всё настойчивее раздавался голос в пользу легализации абортов. А в 1920 г. советская Россия стала первой страной в мире, где аборт разрешили официально. Однако неблагоприятные экономические, демографические и эпидемиологические условия послереволюционных лет способствовали резкому снижению

В клинике урологии им. Р.М.Фронштейна Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова была проведена уникальная операция – необратимая электропорация рака предстательной железы с помощью инновационной операционной системы «Нанонож» (NanoKnife).

На запуск установки собрались молодые специалисты различных медицинских учреждений Москвы, ординаторы, студенты и журналисты. Представлял методику оперативного лечения рака предстательной железы с применением операционной системы «Нанонож» польский профессор Зенон Рудзки, имеющий за плечами более 50 подобных операций. Под его руководством ведущие сотрудники клиники урологии Первого МГМУ им. И.М.Сеченова Денис Чинёнов и Дмитрий Еникеев провели две операции по поводу рака предстательной железы.

Эффективнее, чем малоинвазивные методы

Необратимая электропорация предстательной железы является одним из немногих методов, позволяющих выполнять эффективное лечение рака простаты на первых стадиях болезни в течение одного дня с минимальным риском развития осложнений, что делает её развитие более перспективным по сравнению с другими малоинвазивными методами. Следует отметить, что электропорация позволяет сохранить потенцию в той степени, в которой она была у пациента до операции. При других видах операций качество жизни пациента не достигает прежнего уровня, даже в тех случаях, когда проводятся нерво- и сосудосберегающие вмешательства.

При новом методе нетепловой абляции выполняется воздействие на ткани короткими электрическими импульсами высокого напряжения (до 3 кВ), что влечёт за собой необратимое повышение проницаемости клеточных мембран и гибель клеток. Наложение униполярных или биполярных электродов позволяет создавать электрическое поле напряжением от 100 до 3000 В. Размер участка ткани, подвергающегося электропорации, колеблется в интервале от 0,5 до 4 см в зависимости от длины контакта и расстояния между электродами, числа импульсов и их длительности.

В настоящий момент в нашей стране применение данной методики с помощью наноножа ограничено техническими возможностями больниц, а также кадрами, способными работать с данной методикой. В клинике урологии им. Р.М.Фронштейна нанонож будет доступен для пациентов в течение года.

— Опыта применения этой системы в мировой практике пока нет, всё только начинается, — пояснил заместитель директора НИИ уронефрологии и репро-

день оперируем рак предстательной железы, и к каждому пациенту применяем индивидуальный подход, по-другому у нас не будет никогда.

И действительно, клиника урологии им. Р.М.Фронштейна располагает современными методиками диагностики и лечения всего спектра заболеваний мочевого пузыря и системы, в том числе с применением малоинвазивных методов. Ведущими

прорыв: клиника оснащена новейшим оборудованием, врачи успешно делают сложнейшие операции, активно взаимодействуя с зарубежными коллегами. В части урологии сегодня за рубеж ехать не надо — лучшие врачи в России, в Первом МГМУ, и это подтверждённый факт. По оснащению, по кадрам наша клиника передовая, одна из лучших в мире, — заверил профессор кафедры Александр Амосов.

инфекции мочевыводительной системы, появление дизурии и гематурии. Частота возникновения данных осложнений не превышает 15-18% среди всех пролеченных пациентов.

На сегодняшний день не существует большой доказательной базы эффективности и безопасности применения электропорации при раке предстательной железы. Однако мировая наука не стоит на месте, и сейчас проводятся

Современные технологии

Нанонож вместо скальпеля

Первый Мед делает ставку на электропорацию



Первая операция с использованием наноножа

дуктивного развития человека Первого МГМУ им. И.М.Сеченова профессор Леонид Рапопорт. — Метод позиционируют как радикальный — ведущий к полному излечению в случае его местной локализации. Нашей клинике предоставлена техническая база на один год, это лицензированный метод, но так называемые отдалённые результаты операций будут очевидны не ранее чем через полгода.

У нас есть все современные методы лечения рака предстательной железы, в том числе брахи-, криотерапия, любые виды лапароскопических вмешательств, включая робот-ассистированные пособия. Теперь будет и эта система: наберём материал, оценим, опубликуем итоги. Все просят результат. Мы каждый

направлениями деятельности клиники являются онкология и реконструктивная хирургия мочевого пузыря. Ежедневно в университетской урологической клинике проходит 25 операций в 11 операционных, половина операций — лапароскопические. В распоряжении хирургов новый универсальный шовный материал — нити с насечками Дар-Вин (со средним и длительным сроками рассасывания, удобные при любом хирургическом доступе), анкерная нить V-lock, робот-ассистированная хирургическая система Да Винчи, лапароскопическая стойка Эпштейна (3D, единственная в Москве).

— На сегодняшний день клиника урологии Первого МГМУ занимает передовые позиции. За последние 6 лет здесь совершён

Применение в онкологии

После проведённых исследований относительно необратимой электропорации данный метод получил широкое применение в лечении опухолей таких органов, как печень, почки, поджелудочная железа, лёгкие.

В настоящее время опыт применения необратимой электропорации в лечении рака предстательной железы невелик. Впервые данная методика в эксперименте была продемонстрирована в 2007 г. и показала положительные результаты: произошла полная абляция органа без сопутствующих поражений уретры, прямой кишки, а также рядом расположенных нервов и сосудов (G.Onik, P.Mikus 2007). В клинике данная методика была опробована лишь в 2010 г. (B.Rubinsky, 2010).

Из немногочисленных работ, опубликованных в зарубежной литературе касаясь данного вопроса, можно выявить определённые показания к проведению необратимой электропорации. К ним относятся уровень PSA менее 15 нг/мл; сумма по Глиссону 6-7; стадия T1c-T2a по результатам биопсии; ожидаемая продолжительность жизни пациентов более 10 лет (M.Valerio, L.Dickinsonetal, 2014).

Первые результаты в большой группе пациентов были получены в 2010 г. Тогда было отмечено отсутствие ракового поражения органа спустя 6 месяцев после операции у 15 пациентов из 16 и полная сохранность близкорасположенных сосудов и нервных волокон. Осложнения были редки, среди них отмечалось развитие транзиторного недержания мочи,

несколько исследований, результаты которых могут быть учтены в дальнейшем при разработке клинических рекомендаций и протоколов лечения. В первую очередь это касается исследования NEAT (Nano Knife Electroporation Ablation Trial). Его результаты помогут оценить эффективность метода, а также отдалённые последствия спустя 12 месяцев после лечения (M.Valerio, L.Dickinsonetal, 2014).

Другое исследование, проводимое отделом клинических исследований эндouroлогического общества, позволит оценить эффективность метода с морфологической точки зрения: пациентам, перенёвшим необратимую электропорацию, на втором этапе лечения будет выполняться радикальная простатэктомия (W.vandenBos, D.M. de Bruinet al, 2014). Следующий этап данного исследования ставит своей целью выявление различных побочных эффектов при разных объёмах электропорации с использованием шкалы симптомов заболеваний простаты, международного индекса эректильной функции, визуальной шкалы оценки боли, времени катетеризации мочевого пузыря, длительности госпитализации, а также онкологический исход по результатам биопсии и контрольной МРТ. Данное исследование позволяет провести оценку побочных эффектов через 1, 3 и 5 лет. К сожалению, исследований на русском языке пока не опубликовано.

Павел АЛЕКСЕЕВ.
МИА Сито!

Москва.

Деловые встречи

В рамках проведения регионального научно-образовательного форума «Мать и дитя» в Сочи состоялся пленум правления Российского общества акушеров-гинекологов. Лейтмотивом проведения мероприятия стали актуальные проблемы инфекционной патологии в акушерской и гинекологической практике.

В работе пленума приняли участие ведущие акушеры-гинекологи нашей страны: академики РАН Геннадий Сухих, Владимир Серов, Лейла Адамян, Александр Стрижаков, Александр Макацария, руководители учебных и лечебных подразделений столичных и региональных медицинских вузов, а также Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова — профессора Евгений Кира, Роман Шмаков, Олег Баев, Виктор Тютюнник, Олег Пекарев, Лариса Мальцева и многие другие, возглавившие 8 пленарных заседаний, на которых

В поисках тесного взаимодействия

«Акушерские беседы» на черноморском побережье

были представлены к обсуждению более двух десятков докладов и клинических сообщений.

Традиционно большой интерес вызвали выступления, посвящённые механизмам внутриутробного инфицирования, профилактике госпитальной инфекции в акушерском стационаре, роли генитальной и экстрагенитальной патологии в процессе формирования воспалительных заболеваний у беременных, рожениц и родильниц, факторам риска их развития, коморбидности пуэрперальной патологии.

Самарский регион на пленуме правления Российского общества акушеров и гинекологов (РОАГ) представлял и.о. заведующего кафедрой акушерства и гинекологии с курсом ЭХ и СТО Медицинского

университета «Реавиз» доктор медицинских наук Михаил Шляпников. В день открытия форума, на заседании, посвящённом проблемам послеродовых инфекционно-воспалительных заболеваний, им был сделан доклад, отражающий современные особенности течения сочетанной с пуэрперальной метроэндометрием раневой акушерской инфекции — проблеме, разрабатываемой группой авторов на протяжении последних 10 лет.

С учётом накопленного опыта и базируясь на большом клиническом материале Самарских городских клинических больниц № 1 им. Н.И.Пирогова и № 2 им. Н.А.Семашко, докладчиком были представлены обобщающие выводы о клинико-эпидемиологической динамике сочетанной инфек-

ционной патологии у родильниц, региональных особенностей микробиологического мониторинга основных возбудителей раневой инфекции, даны исчерпывающие рекомендации по лечебно-профилактическому и логистическому направлениям дальнейшего изучения данной патологии.

На третий день работы форума, во время его закрытия, в процессе обсуждения и принятия резолюции пленума правления РОАГ президент этого общества академик РАН Владимир Серов сделал акцент на основных положениях, касающихся вектора дальнейших усилий специалистов лечебного звена и научных сотрудников, разрабатывающих проблему инфекционной патологии в акушерстве, а именно: мак-

симально тесное взаимодействие в вопросах формирования и дальнейшего выполнения клинических протоколов, активное участие в реформировании непрерывного медицинского образования как основного компонента повышения качества профессиональной подготовки врача акушера-гинеколога, исключительно междисциплинарный подход к планированию и проведению научных исследований в рамках изучения этиологии, патогенеза и вариантам клинической манифестации акушерской инфекционной патологии.

Ольга НЕГАНОВА,
доцент кафедры акушерства
и гинекологии Медицинского
университета «Реавиз»,
кандидат медицинских наук.

Проблемы и решения

В сражении с резистентностью

Не так давно в США был обнаружен «суперштамм» кишечной палочки, который оказался устойчив даже к антибиотикам колистину, наиболее сильному из существующих. Ранее такие штаммы были найдены и в других странах.

ВОЗ бьёт тревогу – микроорганизмы, устойчивые к антибиотикам, встречаются всё чаще, а это значит, что лечить вызываемые ими инфекции становится всё сложнее.

Одной из причин появления и распространения таких бактерий является необоснованное назначение антибиотиков и неправильное их применение – нередко люди

прерывают назначенный курс сразу после появления первых улучшений.

Китайские исследователи из Чжэцзянского университета предложили способ диагностики пневмонии по выдыхаемому человеком воздуху. Созданный ими тест позволит правильно поставить диагноз, подтвердить или исключить пневмонию и, руководствуясь полученными результатами, назначить необходимое лечение. В этом случае антибиотики будут назначаться только тем больным, кому они действительно нужны.

В исследовании приняли участие пациенты с вентильной пневмонией, развивающейся у па-

циентов, подключённых к прибору искусственной вентиляции лёгких. Выяснилось, что у пациентов с вирусной пневмонией в выдохе присутствовали органические летучие компоненты, продуцируемые *Acinetobacter baumannii*, возбудителем многих внутрибольничных инфекций.

Исследователи считают, что обнаружение этих компонентов может быть одним из ранних признаков развивающейся бактериальной пневмонии, хотя признают, что заболевание может быть связано и с другими микроорганизмами.

Марк ВИНТЕР.

По информации medicaldaily.com

Однако

Демократическая толерантность?

Представители Демократической партии США потребовали отменить ограничения на донорство крови, которые сейчас действуют для геев и бисексуалов. Причиной для такого заявления послужила трагедия, произошедшая в ночном клубе для геев в Орландо (Флорида, США), где 29-летний Омар Мир Седдик Мартин, предположительно страдающий психическим расстройством, застрелил 50 человек, и ещё 53 посетителя были ранены. Сотни людей выразили желание сдать кровь для пострадавших, однако позже в социальных сетях многие негодовали из-за действующих ограничений.

В 1980-е годы Управление по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств США (FDA) наложило полный запрет на сдачу крови людям, принадлежащим к этим меньшинствам, чтобы защитить пациентов от возможного заражения ВИЧ. В декабре 2015 г. была введена смягчающая поправка – гомо- и

бисексуальные мужчины получили возможность стать донорами крови, если в течение года до сдачи у них не было однополых контактов.

Группа демократов из 4 человек во главе с Майком Квигли, вице-президентом Общества по защите прав ЛГБТ заявила, что действующие ограничения ничем не подкреплены и, мало того, «увековечивают

неправильные стереотипы». «Сейчас кровь нужна больше, чем когда-либо прежде, но геи и бисексуалы не имеют возможности сдать её из-за устаревшего и дискриминационного правила», – подчеркнули демократы.

Со своей стороны, в FDA сообщили, что политика в области донорства крови будет изменена, как только для этого появится научное обоснование. «Мы соперничаем тем, кто, возможно, хотел бы сдать кровь, но сейчас все, кто нуждается, полностью ею обеспечены», – прокомментировали в управлении.

Валентин СТАРОСТИН.

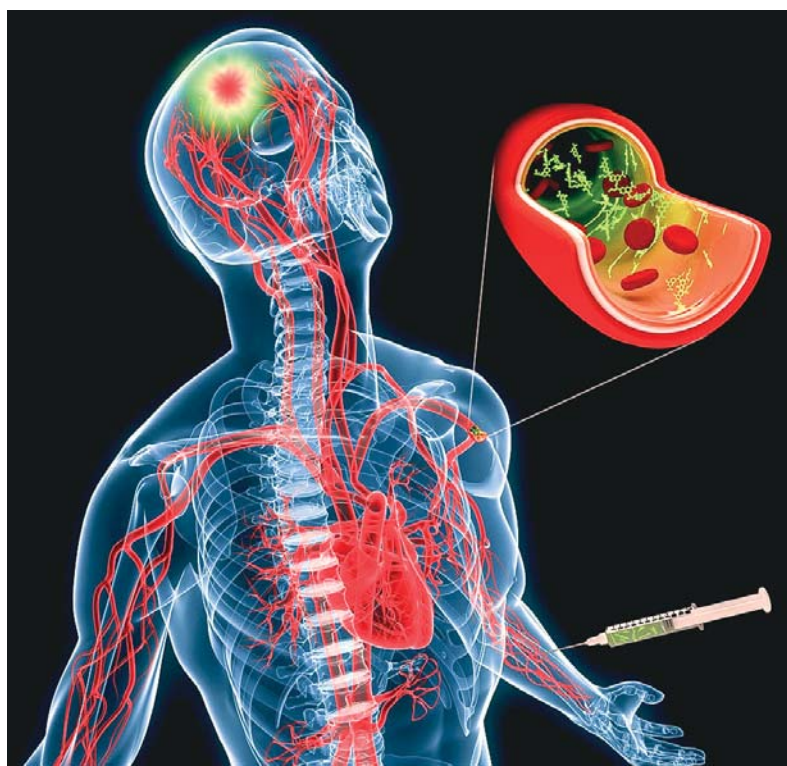
По информации Reuters.

В клиниках и лабораториях

Более 30 лет учёные пытались получить антитела к гликопротеидам gp120 или gp41 вируса иммунодефицита, но ни одна из них не была эффективной. Парадокс заключался в том, что среди примерно 40 млн инфицированных вирусом набралось около 2 тыс. инфицированных без СПИДа! У этих «счастливиц» были обнаружены антитела широкого спектра действия, которые надёжно нейтрализовали всякие попытки вируса к размножению даже при наличии их в крови (виремия). Природный «успех» в борьбе со СПИДом был в 2010 г. повторён сотрудниками Исследовательского центра вакцин (Vaccine Research Center – VCR) при Национальном институте здоровья в Вашингтонском пригороде Бетесда. Антитела VCR являются «нейтрализаторами» широкого спектра, интенсивно используемыми как при лечении, так и в исследовательских целях.

С их помощью удалось стабилизировать механически нестойкий тример белков оболочки ВИЧ, что уже через 3 года позволило сотрудникам Института Скриппса в калифорнийской Ла-Джолле детальную картину белка с атомным разрешением. Ещё через год был исследован и комплекс тримера с несколькими «широкими» антителами, и в полном соответствии с принципом «лучше один раз увидеть» учёные приняли воплотить идею посадки вирусных комплексов на поверхность наночастиц, образованных путём самосборки. Особое внимание калифорнийцы обращали на область повышенной изменчивости HR (High Recombination) и двух весьма вариабельных петель-loops V1V2 (изменение двух аминокислот

ВИЧ и наночастицы



Наночастицы с пептидами, переносящие лечебные вещества в мозг к очагу поражения

в «кармане» gp41 быстро приводит к резистентности ВИЧ к противовирусным эн- и сифувиртиду (enfuvirtide, sifuvirtide).

Одно из приложений Nature опубликовало две новые статьи, полученные из Калифорнии, в которых описывается успех применения наночастиц с «нагруженными» на их поверхность вирусными тримерами, фиксация которых

стабилизирует их и тем самым сохраняет биологические свойства и структурные особенности. В заключение одной из статей авторы пишут, что им удалось получить «арсенал мультивалентных иммуногенов для дальнейшего создания вакцин против ВИЧ». Во второй статье определяются возможные кандидаты вакцин на основе наночастиц, получивших название

вирусоподобных (VLP – Virus-Like Particles). Можно добавить, что описание антител VCR появилось в структурном молекулярно-биологическом приложении Nature. Из этого становится ясным, что без понимания основ молекулярной биологии ВИЧ и других вирусов, например того же гриппа, невозможен реальный прогресс в деле создания действенных вакцин и эффективных противовирусных терапий.

То же относится и к опухолям, которые безуспешно пытаются «задавить» химиотерапией. В Техасском университете Сан-Антонио предложили пойти другим путём, а именно «насыщать» опухоли раствором нитробензальдегида, после чего освещать заклёпанные раковые клетки ультрафиолетом. Метод получил название фотодинамической терапии, которая стимулировала апоптоз клеток перевитой опухоли молочных желёз человека и в 2 раза увеличила продолжительность жизни мышей. Авторы уверены, что их метод окажется эффективным и в борьбе с метастазами.

Более трети века ушло на бесплодные попытки создать вакцину против СПИДа, что лишний раз подчёркивает необходимость понимания мультивалентных вирусов. Поверхность их, как известно, усеяна протеиновыми молекулами, в некоторых случаях образующими тримеры, или «объединения» трёх молекул. Подобное комплексование необходимо для механического преодоления барьера в виде клеточной оболочки, также имеющей свои белковые молекулы CD, или

то, как протекала беременность. После этого данные заносились в компьютер, где с помощью специального алгоритма рассчитывалась вероятность преждевременных родов.

Исследователи проанализировали уровень экспрессии 21 тыс. генов и выявили 6 генов, ассоциированных с преждевременным наступлением родов.

Тест можно использовать как для того, чтобы выявить группу высокого риска, так и для определения благополучной беременности с родами в срок. Точность теста была определена с участием 2 тыс. женщин. Авторы считают, что уже через 3-4 года тест начнёт использоваться в клинической практике.

Ян РИЦКИЙ.

По информации sbs.com.au

Открытия, находки

Преждевременные роды: не допустить!

Австралийские учёные в сотрудничестве с исследователями из Канады разработали тест, который с 86%-ной точностью способен определить риск преждевременных родов. Использовать его можно с 18-й недели беременности, то есть задолго до появления возможных симптомов.

Преждевременные роды, как известно, могут привести к гибели ребёнка, а кроме этого, они увеличивают вероятность детского церебрального паралича, повреждений мозга, развития проблем со зрением и слухом.

Для проведения теста у женщин, находящихся на 18-20-й неделе беременности, у них брали образцы крови. При этом опрашивали их о

«кластеры дифференцировки». Они появляются на поверхности специализированных, или дифференцированных клеток, откуда их сокращённое название. С одним из них – CD4 (или T4) – на поверхности зрелых Т-лимфоцитов и связывается вирусный тример, имеющий вид трёхлепесткового «цветка» на небольшой ножке. Лепестки представлены «осахаренным» гликопротеином gp120, а ножка – gp41. Соединение вирусного тримера и клеточного T4 приводит к слиянию оболочек и изменению формы вирусного белка, «пробуравливающего» мембрану клетки, и проникновению в неё РНК ВИЧ. Очень сходная картина инфицирования клеток наблюдается и при заражении гриппом.

В журнале со статьями о наночастицах против ВИЧ помещён и материал с описанием пептида, состоящего из четырёх аминокислот – цистеина, аланина, глутамина и лизина, – который «распознаёт» очаги поражения мозговой ткани. Авторы полагают, что с помощью наночастиц, «одетых» молекулами пептида, можно будет переносить к очагам большие по размерам молекулы лечебных средств. Они считают также, что такие наночастицы возможно использовать и в качестве диагностикомов мозговых расстройств, особенно их мягких и слабо выраженных форм. При необходимости в полости частиц можно будет переносить ферменты и препараты для «выключения» нежелательной активности генов. Так постепенно медицина будет становиться наночастичной, что обещает значительно меньше побочных эффектов и осложнений.

Игорь ЛАЛЯНЦ,
кандидат биологических наук.

По материалам
Nature Communication.

Перспективы

Красота в круглосуточном режиме

В Инчхонском международном аэропорту, расположенном в пригороде Сеула (Южная Корея), планируется открыть круглосуточную клинику эстетической пластической хирургии.

В главном аэропорту Южной Кореи ведётся строительство второго терминала, где и будет размещаться клиника пластической хирургии. Об этом сообщил президент аэропорта Чон Иль Ен.

Глава аэропорта уверен, что клиника будет востребована у туристов, прибывающих в Южную Корею именно с целью пройти эстетические процедуры. Правительство Южной Кореи всячески стимулирует развитие медицинского туризма, ежегодно выделяя на это направление более 4 млн долл. Оборот этой отрасли в минувшем году, по информации Ассоциации организаторов международного медицинского туризма, составил 160 млн. За последние 6 лет число пациентов

из-за рубежа в корейских клиниках выросло на 33%.

Южная Корея ежегодно входит в ТОП10 стран – лидеров по количеству эстетических пластических операций: по оценкам Международного общества эстетической пластической хирургии, в этой стране в 2014 г. было проведено в общей сложности более 980 тыс. вмешательств.

Ян РИЦКИЙ.
По информации JoongAng Ilbo.

Исследования

Апоптоз для рака

Как известно программируемая гибель клеток является естественным процессом, с помощью которого ненужные клетки удаляются из организма. Нарушение апоптоза может привести к раку или аутоиммунным заболеваниям. Исследователи из Института Уолтера и Элизы Холл обнаружили новый способ активации апоптоза.

Специалисты предложили воздействовать непосредственно на белок Bак. В здоровых клетках Bак находится в неактивном состоянии, но когда клетка получает команду умереть, Bак запускает её гибель. Исследование показало: антитела, которые использовались для изучения протеина, связывались с Bак и активировали его.

Это стало ясно после анализа трехмерной структуры белка. Исследователи надеются, что открытие поможет в разработке лекарств, запускающих апоптоз. Так как антитела не могут быть нейтрализованы клетками, такие препараты вряд ли вызовут лекарственную устойчивость.

Кирилл ОРЛОВ.

По информации Zee News.

Дословно

В Организации Объединённых Наций продолжают утверждать, что сирийская армия в апреле нынешнего года нанесла авиаудар по больнице Аль-Кудс в Алеппо, несмотря на доказательства, предоставленные российской стороной, утверждающей, что здание стационара было разрушено ещё в прошлом году.

...А клиники нет

– 27 апреля госпиталь Аль-Кудс, самый продвинутый центр педиатрии в Алеппо, был разрушен авиаударами, которые, как показывают все свидетельства, были совершены правительством Сирии. Были убиты 50 человек, в том числе несколько врачей, ещё 80 человек получили ранения, – заявил на заседании Совета Безопасности заместитель генерального секретаря ООН по гуманитарным вопросам Стивен О’Брайн.

Как известно, об авиаударе по сирийской клинике представители международной организации «Врачи без границ» заявили ещё 28 апреля. Тогда сообщалось о 14 погибших. Однако Минобороны России эту информацию опровергло. По данным российских военных, здание было разрушено ещё в прошлом году. Официальный представитель ведомства Игорь Конашенков на брифинге представил снимок со спутника, сделанный ещё 15 октября прошлого года, на котором видно, что здание больницы имеет тот

же характер разрушений, что и после предполагаемого обстрела.

Однако, как заявили в секретариате ООН в тот же день, организация не располагает данными, которые бы опровергли информацию об авиаударе по больнице. «Я могу говорить только на основании полученных нами сообщений о гибели людей в результате атаки», – заявил официальный представитель генсека Стефан Дюжаррик.

Ранее сообщалось, что Совет Безопасности ООН принял резолюцию, осуждающую атаки на медицинские учреждения и гуманитарный персонал во время военных конфликтов. В связи с этим заместитель постоянного представителя РФ при ООН Евгений Загайнов призвал все структуры ООН использовать тщательно проверенную информацию при рассмотрении вопроса о безопасности медперсонала в горячих точках.

Марк ВИНТЕР.
По информации ТАСС.

Профилактика

Очередная новость для любителей кофе – женщины, регулярно употребляющие этот напиток, реже страдают эндометриальным раком, представляющим собой одно из наиболее распространённых гинекологических опухолевых заболеваний, чаще всего поражающее женщин в возрасте от 45 до 74 лет. У тех, кто ежедневно выпивал не менее 4 чашек кофе, вероятность развития этой формы рака снижалась на 22%.

Сомнительный «эффект» кофе

Марта Кру-Боу и её коллеги из Гарвардской медицинской школы (США) проанализировали результаты 19 исследований, в которых приняли участие около 40 тыс. женщин. Примерно у 12 тыс. из них был диагностирован рак эндометрия.

Даже 2-3 чашки кофе в день способствовали снижению вероятности заболеть эндометриальным раком, однако эффект был не слишком значительным – риск снижался лишь на 7%. Впрочем, защитный эффект наблюдался лишь у тех женщин, чей индекс массы тела был выше нормы. Авторы отмечают, что у полных женщин эндометриальный рак развивается чаще.

Учёным не удалось выяснить,

связан ли обнаруженный эффект с действием содержащегося в напитке кофеина – не во всех исследованиях было указано, какой именно напиток употребляли женщины. Чай на вероятность возникновения рака никак не влиял.

Как именно кофе помогает снизить риск развития рака эндометрия, пока не ясно, но авторы предполагают, что некоторые вещества, содержащиеся в напитке, помогают уменьшить концентрацию инсулина и эстрогена, играющих важную роль в развитии этой формы рака.

Валерия БЕЛОСТОЦКАЯ.

По информации
livescience.com

Ситуация

Истинный гуманизм?

Голландская комиссия по эвтаназии сообщила о своём решении применить к молодой женщине, страдавшей посттравматическим стрессовым расстройством.

Имя пациентки не разглашает. Известно лишь, что ей было от 20 до 30 лет, а в период с 5 до 15 лет она подвергалась сексуальному насилию. Это привело к развитию посттравматического стрессового расстройства, тяжёлой форме анорексии, хронической депрессии и галлюцинациям.

Несмотря на то, что она проходила интенсивную психотерапию, справиться с симптомами этих заболеваний не удалось, её состояние было признано неизле-

чимым. Врачи, наблюдавшие за пациенткой, признали её желание уйти из жизни ещё 2 года назад.

Когда именно была проведена эвтаназия, не сообщается. Информация о том, что она была применена к жертве сексуального насилия, активно обсуждается. Так, некоторые эксперты обеспокоены тем, что умерщвляющая процедура в данном случае стала способом решения тяжёлых психологических проблем.

Напомним, что Нидерланды являются первой страной, в которой была легализована эвтаназия. Закон об этом был принят ещё в 2002 г.

Алина КРАЗЕ.

По информации independent.co.uk

Жизнь как она есть

Немецкая велогонщица Денис Шиндлер в прямом смысле «влетает» в историю на своём велосипеде, когда примет участие в велогонке на Паралимпийских играх в Рио-де-Жанейро. Специальный протез ноги для неё разработала американская компания, а затем его напечатали на 3D-принтере в Германии.

3D-печать в помощь паралимпийцам

– Сейчас мы тестируем этот 3D-протез и хотим понять, может ли он сравниться по качеству с традиционным, – рассказывает спортсменка. – Он не только изготовлен из нового материала. Я по-новому ощущаю себя на велосипеде. Мы – на правильном пути к аэродинамическому балансу и необходимой жёсткости. Этот протез намного легче, что даёт мне преимущество во время гонки.

Несмотря на то, что подобный протез является воплощением технического прогресса, сделать его легче, чем традиционную искусственную конечность.

– Необходим 3D-принтер, относительно простой сканер и обычный ноутбук с программным обеспечением, – поясняет инженер Autodesk Мики Вейкфилд. – Такие протезы можно легко изготавливать в кратчайшие

сроки с минимальным знанием технологии.

Денис Шиндлер потеряла ногу в результате несчастного случая в возрасте 2 лет. В этом году 30-летняя спортсменка представила 3D-протез на одной из крупнейших технологических выставок – Hannover Messe – президенту США Барак Обама.

– Это очень интересный опыт, – рассказала она. – Конечно, я горжусь тем, что могу представлять этот проект.

Более лёгкий, естественный и крепкий протез открывает для Денис Шиндлер новые возможности, в том числе на летних Паралимпийских играх.

Олег КИРИЛЛОВ.

По информации
Golos-Ameriki.ru

Особый случай

Мне бы марихуаны...

Правительство Германии одобрило использование марихуаны в медицинских целях. Расходы пациентов на её приобретение будут наравне с другими лекарственными препаратами компенсироваться страховыми компаниями. Контролем за оборотом медицинской марихуаны займётся специальное государственное агентство.

Тем не менее рецепт на использование марихуаны в качестве лекарства врачи смогут выписать только в том случае, если пациенту не будут подходить другие методы лечения. Продаваться лечебная марихуана будет в аптеках, а расходы частных лиц на её приобретение компенсируют страховые компании.

– Наша цель заключается в том, чтобы как можно лучше заботиться о тяжелобольных людях, – подчеркнул министр здравоохранения Германии Херман Греэ.

Наряду с этим уточняется, что в ближайшее время в Германии появится государственное агентство по контролю за распространением лечебной марихуаны. Агентство должно будет выдавать разреше-



ния профильным предприятиям на выращивание конопли, а потом закупать продукцию, которая будет продаваться фармацевтическим компаниям. Кроме того, в случае необходимости инстанция сможет закупать сырьё за границей.

Мировая практика использования марихуаны в медицинских целях неоднозначна. Её одобрили в ряде штатов США, в частности

недавно – в штате Джорджия. Марихуана узаконена в Уругвае и Бразилии. А вот в Мексике использование этого растения в медицинских и научных целях в апреле нынешнего года было запрещено Верховным судом страны.

Яков ЯНОВСКИЙ.

По информации Reuters.

Современники его называли «главой российской хирургии», «хирургом Божьей милостью». Успехи учёного-врача Сергея Петровича Фёдорова, его исследования, новаторство имеют мировое признание.

Конечно же, многие специалисты хорошо знают о нём, особенно в Военно-медицинской академии, в Санкт-Петербурге, где работал академик Фёдоров. На слуху его имя в Русском хирургическом обществе имени Пирогова, председателем которого не раз избирался Сергей Петрович и до и после 1917 г. и которое проводит ежегодные заседания, посвящённые памяти выдающегося отечественного хирурга. Студенты-медики, группы врачей – участников медицинских конференций, семинаров навещают бывшую усадьбу Фёдорова под Малоярославцем, приезжают из Калуги, Обнинска, Москвы.

Незаурядный человек

Первые сведения о Сергее Петровиче Фёдорове мне памяты с 40-х послевоенных лет как об интересном предприимчивом хозяине усадьбы Воробьёво, деятелем, изобретательном садоводом, строителе. В усадьбе, расположенной рядом с городом моего детства Малоярославцем, в сказочно-красивом необычного вида доме в то время размещался санаторий Академии наук. Об оригинальных строениях усадьбы, системе орошения парка и сада ходили разговоры. Бывал я со взрослыми и в Воробьёво.

Ко времени приобретения Сергеем Петровичем «поместья близ сельца Воробьёво в Мало-Ярославском уезде» Калужской губернии и возведения к весне 1898 г. дома он уже известен и как учёный-новатор и как хирург-практик, заслуживший авторитет многими сложными операциями. С 1903 г. С.Фёдоров профессор Санкт-Петербургской военно-медицинской академии, но каждое лето продолжает приезжать в Воробьёво, и всегда со своими учениками.

– «Отдыхая летом в деревне, – вспоминал его ученик и сослуживец Н.Сороко, – Сергей Петрович любил заниматься полевыми работами, сохранилась фотография, на которой Сергей Петрович косит сено... Сергей Петрович хорошо владел топором, пилой и лопатой... Любил охоту и верховую езду, прекрасно управлял автомобилем... В деревню к Сергею Петровичу на лето приезжали студенты, которые под его руководством вели большой амбулаторный приём и проводили амбулаторные операции».

Открытость, гостеприимство дома С.Фёдорова отмечали многие. Известный учёный и обаятельный, интересный человек, обладающий развитым чувством юмора, в совершенстве владеющий французским и немецким языками, хорошо играющий на рояле, поющий и сочиняющий романсы, он притягивал к себе людей.

Как лучший хирург России, в 1909 г. Сергей Петрович удостоен звания почётного лейб-хирурга, а в 1912 г. утверждён в должности лейб-хирурга двора Его Императорского величества. При этом высочайшим приказом оговаривалось: «...с оставлением в занимаемых ими должностях».

Служил народу

Русский врач, он оставался там, где мог служить народу России. Представляя отечественную медицинскую науку за рубежом, будучи членом академий ряда стран Европы, не раз получал там предложения работы, но решительно от них отказывался, оставаясь верным своей Родине. В 1927 г. на банкете после международного урологического конгресса в Германии Сергей Петрович резко оборвал непочтительное высказывание в адрес советской России одного из русских эмигрантов: «Оскорбление моей страны есть моё личное оскорбление» и покинул зал.

1903-1936 гг. – Фёдоров профессор, начальник кафедры госпитальной хирургии Военно-медицинской академии и одновременно (1926-1936) директор первого в СССР Института хирургической невропатологии (ныне Российский научно-исследовательский нейрохирургический институт им. А.Л.Поланова). Он основатель отечественной урологии, и ещё в 1914 г. в Берлине был избран председателем международного конгресса урологов. Широта его знаний восхищала, он также «работал в области нейрохирургии и брюшной хирургии...»

Фёдоров первым в стране начал заниматься проблемой переливания крови и стал одним из пионеров введения эндоскопии

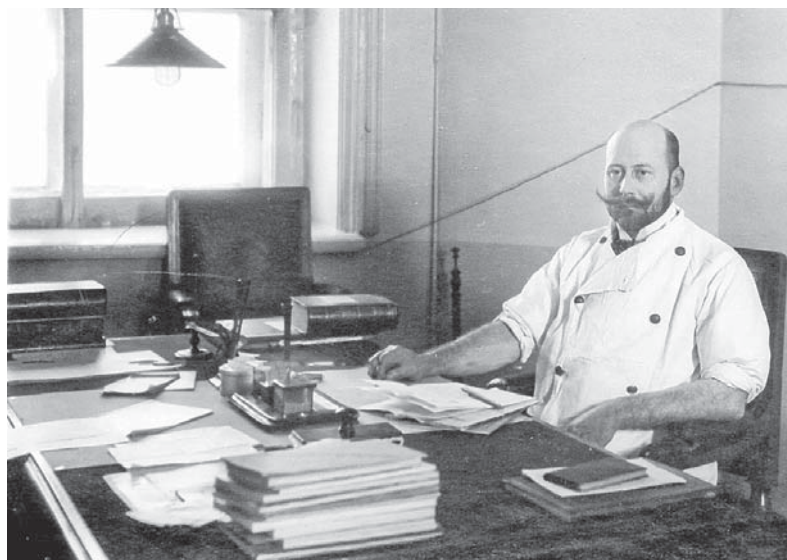
скованный в 1918 г., его бывшему владельцу С.Фёдорову. Видимо, принималась во внимание неутраченная тяга Сергея Петровича к Воробьёво. Известно о его посещении «своей усадьбы» в 1922 г. Любимые места Сергея Петровича становились более доступными теперь, когда правительство подарило ему автомашину «линкольн». Учитывая, что в те годы только закладывалось отечественное автомобилестроение, это был очень дорогой подарок и более всех званий и наград говорил об оценке трудов учёного, врача.

Сергей Петрович осматривал «свое имущество», побеседовал с работниками совхоза. Есть воспоминания, что «бывший владелец высказал удовлетворение хорошим состоянием

Далёкое – близкое

Дом Фёдорова: мистика и реальность

Будет непростительно, если место проживания великого хирурга исчезнет навсегда



Сергей Фёдоров в своём рабочем кабинете

ческих методов исследования, в сфере его профессионального влияния было развитие хирургии позвоночника и опухолей спинного мозга. Место его работы предопределяло и такие направления научно-исследовательской деятельности и практики, как травматология, анестезиология, военно-полевая хирургия. Какого бы направления медицины ни касался Сергей Петрович, он углублял знание о нём, внедрял новые методы диагностики и способы операций, изобретал, создавал инструментарий для диагностического обследования и операций. Большинство его методов лечения внедрено в практику. Например, оперативный доступ к желчному пузырю у хирургов так и называется: «разрез Фёдорова».

Он – один из трёх редакторов 9-томного руководства по практической хирургии, автор 120 научных трудов.

«Фёдоров был создателем крупной отечественной хирургической школы, из которой вышли десятки учеников, руководителей хирургических кафедр, медицинских институтов в различных городах СССР» – значит в Большой медицинской энциклопедии.

Ему одному из первых среди учёных присвоено звание заслуженного деятеля науки РСФСР. Он был первым советским хирургом, награждённым орденом Ленина. Клинике, в которой работал Фёдоров, было присвоено его имя.

Посещение усадьбы

В 1933 г. государство решило вернуть дом в Воробьёво, конфи-

парка и построек» (скорее всего, не хотел обижать новых владельцев усадьбы, на тот момент уже исчезло всё содержимое дома) и «выразил сожаление по поводу того, что разобрали домик, в котором у него лечились интересные люди...» При этом упомянуто имя только В.Вересаева, а интересных людей было немало. По рассказу вдовы сына Сергея Петровича Лидии Фёдоровой: «...свойства натуры Сергея Петровича, его широкое хлебосольство привлекали к нему певцов, музыкантов, актёров, художников и других представителей творческой интеллигенции. Среди них было немало его пациентов».

И ещё в воспоминаниях об этой встрече в Воробьёво: «С удовольствием принял (Фёдоров. – А.Л.) известие, что построенная им школа работает».

Сергей Петрович отказался от сделанного ему предложения взять свой дом, и это был последний его приезд в Воробьёво.

С И.Павловым С.Фёдоров сблизился, будучи директором Института хирургической невропатологии, и они стали друзьями. Становление нейрохирургии как самостоятельной дисциплины, имеющей свои особенности, задачи и способы операций, также обязано инициативе и трудам С.Фёдорова. Он принимал участие в разработке черепно-мозговых операций. Сконструировал специальный инструментарий для трепанации черепа, зажимы для остановки кровотечения. Иван Петрович Павлов был на 20 лет старше Сергея Петровича, но ему пришлось хоронить своего младшего друга. В 1936 г. Фёдоров не стало.

Пожар времени

Недавно я услышал о дочери одного из учеников С.Фёдорова, Грабченко Нине Ивановне, в квартире которой, по её словам, с 30-х годов прошлого века висит портрет Сергея Петровича. В 2008 г. приезжала она в Воробьёво, удивлялась отсутствию литературы о Фёдорове в библиотеке санатория, состоянию его дома, на трёх страницах в книге отзывов оставила своё негодование увиденным. Обещала привезти или прислать воспоминания о Фёдорове его коллег, учеников, фотографии, документы. Прошёл год, два... идёт время... и остаётся досадовать, что никто не записал её адреса, телефона.

Нет больше местного краеведа

Е.Глинкина, много сделавшего для сохранения памяти о Фёдорове и его делах. Во времена, когда ещё среди местного населения бытовало немало рассказов о жизни Сергея Петровича в Воробьёво, он собрал воспоминания о работе Фёдоровской амбулатории, о строительстве четырёхклассной сельской школы – примерах бескорыстной врачебной и финансовой помощи крестьянам.

Большой пожар в Воробьёво в знойное лето 1936 г. погубил сад, посаженный Сергеем Петровичем, кормивший богатый совхоз. Сгорели многие постройки усадьбы. От совхоза оставался чудом не пострадавший в огне «барский дом» в стиле модерн с размещённым в нём конторой бывшего хозяйства и общежитием его работников...

И это было начало поистине мистических историй многократного пребывания здания на грани уничтожения и чуда сохранения.

Волею Божьей случилось то, что спасло памятник. Великолепное природное окружение сочли подходящим для организации в Воробьёво дома отдыха для работников науки и культуры, и здание в стиле модерн вскоре стало корпусом № 1 этого учреждения. Отдыхавшие здесь в 1938-1940 гг. учёные подняли вопрос о восстановлении дома Фёдорова в его прежнем виде и организации музейной мемориальной комнаты. С пониманием отнеслись к этому ходатайству и в Москве. Но помешала война.

В октябре 1941 г. Малоярославский район был оккупирован немцами, однако 2 января 1942 г. они спешно оставили Малоярославец, боясь окружения, а на высоте Воробьёво, закрепились. Семь попыток штурма высоты в течение 4 дней нашими войсками были немцами отбиты. На 4-й день 5 января удар наступающих был столь стремительным, что противник не успел завершить всё задуманное на случай отступления. Были сожжены все деревянные постройки... Среди этого пепелища и обгоревших деревьев стоял уцелевший корпус № 1 санатория, или дом Фёдорова!

Чудо! Под его внутренней капитальной стеной были заложены 20 кг взрывчатки, связки гранат, через окошечко цоколя на улицу протянут бикфордов шнур. Видно было, что его поджигали, но огонь не пошёл по нему дальше...

И это было не последнее из чудес сохранения здания. Очередное произошло в спокойные и успешные для санатория времена. В 1976

г. был введён в эксплуатацию новый 9-этажный корпус на 400 мест. В старом, «не современном» доме Фёдорова разместили склад оборудования, мебели и прочих материальных ценностей. Как известно, подобные склады имеют свойство нередко гореть. Не избежал этой участи и дом Фёдорова. Обгоревший остов особняка привёл к столкновению мнений защитников памятника и противников его восстановления. Рассматривались предложения о строительстве на месте памятника нового большого современного корпуса или, если дом Фёдорова как памятник снести не удастся, переделать, перестроить, расширить его и придать ему привычный современный вид, «без этих модернистских выкрутасов».

Честные люди, краеведы бросились в различные организации, к облечённым властью и средствами за помощью в спасении памятника. И помощь нашли. В обновлённом доме Фёдорова разместилось руководство санатория, врачебные кабинеты.

О подробностях жёсткой борьбы за сохранение памятника автор этих строк услышал в 2000 г. от врача санатория «Воробьёво» и краеведа Нелли Копосовой, собирающей растерянные за годы предметы из дома Фёдорова, документы, фотографии и с любовью рассказывающей о своём музее. К сожалению, в 2003 г. Нелли Николаевна ушла из жизни, неожиданно, скоропостижно. С её уходом сподвижники, служившие вместе с Копосовой одному делу, оставшись без неё, растерялись, оказались обезоруженными в противостоянии невежеству, простому воровству. И из музея, с любовью выпестованного на общественных началах, исчезли собранные экспонаты. Тогда же была упразднена и должностная инструкция и экскурсовода музея. Известно, что Нелли Николаевна разыскала внуков и правнуков С.Фёдорова, от которых ожидала пополнение своего музея, но с её уходом всё прервалось, связь с потомками Фёдорова утеряна.

Имя врача мировой известности могло бы стать, как говорят сегодня, превосходным «брендом» оздоровительного учреждения, поднимало бы авторитет и притягательность санатория. Однако администрация оздоровительного учреждения, переместившись в одно из новых зданий, добивается от руководства района снятия с баланса санатория дома Фёдорова. Спасением исторического и архитектурного наследия сегодня занимается малоярославецкий отдел культуры. Хочется надеяться на успех благородного дела.

А в усадьбе Воробьёво на втором этаже особняка, куда можно подняться по винтовой лестнице, в музее трудовой и боевой славы выделен уголок, где понемногу собираются предметы, документы, связанные с именем Фёдорова: несколько фотографий, портрет Сергея Петровича, выполненный его женой Евгенией Николаевной, каркас с плафоном лампы из столовой этого дома... И гнетущая, унылая бедность всех помещений, давно требующих ремонта.

Навевает это грустные размышления о нашей, по Пушкину, лениности и нелюбопытности к своей истории. Больно видеть, как исчезают, вычёркиваются из жизни имена и памятники истории, культуры, архитектуры. Что-то будущим поколениям придётся заново открывать и восстанавливать. Что-то будет утрачено навсегда. И происходит это при нас. «Боюсь суда грядущих поколений, боюсь суда и совести моей» – это о чувствах, схожих с нашими, сказал поэт Николай Тuroверов.

Александр ЛУНЯКОВ,
краевед, архитектор.

Московская область.

