

Работают мастера

На новый уровень

Травматологи Сибири делятся ценным опытом



Несколько артроскопических реконструктивных операций на плечевом и коленном суставах провёл в Благовещенске главный травматолог-ортопед Минздрава Красноярского края Алексей Лубнин.

В столице Приамурья (на базе Благовещенской городской клинической больницы) он организовал базовый курс по артроскопии для травматологов-ортопедов, который посетили несколько десятков специалистов со всей Амурской области.

— Специально для наших сотрудников пригласили известного доктора А.Лубнина, для которого подобные операции вполне привычны, — рассказал заведующий отделением травматологии и ортопедии Благо-

Идёт показательная операция

вещенской городской клинической больницы, врач высшей категории Александр Чепелев. — У нас накоплен большой опыт в более простых артроскопических вмешательствах, а сейчас мы выходим на новый уровень. Полностью готовы выполнять эти операции: у нас есть и современный комплекс оборудования, и инструментарий, и обученные кадры.

На сегодняшний день артроскопия является наиболее современным и эффективным малоинвазивным методом для лечения травм.

— Суть артроскопии заключается в том, что в области сустава делают два маленьких разреза, — пояснили специалисты. — В полость сустава вводится артроскоп — это объектив

телевизионной камеры. Врач может обнаружить и точно оценить всё, даже мельчайшие повреждения сустава, и грамотно их устранить.

К слову, до последнего времени такие операции в Амурской области выполнял только один доктор — в детской областной больнице, — а желающих получить высокотехнологичную помощь среди жителей региона много. Проблемы только с коленным суставом встречаются у каждого десятого пациента травматологии. После курсов амурские травматологи смогут самостоятельно проводить такие сложные операции.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Благовещенск.



Ирина ВАСИЛЬЕВА,
главный фтизиатр
Минздрава России,
профессор:

Чтобы ликвидировать туберкулёз, нужны принципиально новые методы профилактики, диагностики и лечения.

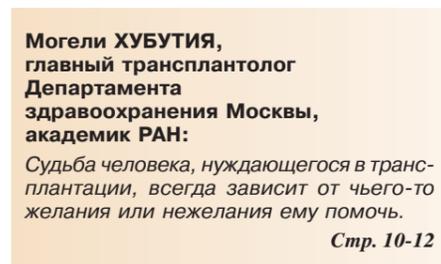
Стр. 6



Эрнест БАЗИКЯН,
заведующий кафедрой хирургии
полости рта МГМСУ
им. А.И.Евдокимова,
профессор:

Современная минимально инвазивная хирургия немислима без лазерных технологий.

Стр. 7



Могели ХУБУТИЯ,
главный трансплантолог
Департамента
здравоохранения Москвы,
академик РАН:

Судьба человека, нуждающегося в трансплантации, всегда зависит от чьего-то желания или нежелания ему помочь.

Стр. 10-12



Инициатива

Госпиталь расширяет возможности

В Кемеровском областном клиническом госпитале для ветеранов войн внедрён новый вид медицинской помощи: **реабилитация пациентов, перенёсших инсульт или инфаркт миокарда, а также имеющих неврологические последствия после операций на позвоночнике.**

С пациентами данной группы занимаются специалисты мультидисциплинарной бригады. Программа реабилитации включает выполнение назначений невролога или кардиолога, занятия с логопедом и эрготерапевтом (он помогает пациенту улучшить адаптивные способности), расширенную программу лечебной физической культуры и массаж. А также — тренировки памяти и мелкой моторики кисти, обучение навыкам пользования вспомогательными техническими средствами реабилитации, консультации по оптимальному обустройству жилья и использованию специального кухонного оборудования и многое другое.

По показаниям назначаются иглорефлексотерапия, озонотерапия и другие лечебные методики. Продолжительность активного реабилитационного процесса —

не менее 4-5 часов в день. Плюс на вечер пациенты получают персональные задания для самостоятельных занятий.

Примечательно, что Кемеровский областной госпиталь может оказывать весь комплекс реабилитационных мероприятий не только в круглосуточном, но и в дневном стационаре и даже... в домашних условиях. В учреждении действует мобильная лечебно-реабилитационная бригада, имеющая богатый опыт работы в рамках губернаторской программы «Санаторий на дому». В своё время эта программа была специально разработана для амбулаторного долечивания и постстационарной реабилитации пожилых пациентов из контингента особого внимания.

Если же говорить о Кузбассе в целом, число больниц, располагающих стационарными отделениями медицинской реабилитации, за последние 3 года выросло с 6 до 11, число реабилитационных коек увеличилось с 348 до 491. Ежегодно специализированную реабилитационную помощь в стационарных условиях получают до 10 тыс. человек.

Валентина АКимова,
соб. корр. «МГ».

Кемерово.

Ориентир

«Скорая» стала мобильнее

Жители 75 населённых пунктов Тюменского района смогут получать медицинскую помощь ещё быстрее: теперь бригады «скорой» будут узнавать о новых вызовах и оперативно получать данные о пациентах прямо в дороге. Операторы мобильной связи настроили медицинских работников на волну высокоскоростного интернета.

«Оперативность выезда бригад на экстренные случаи, когда время прибытия врачей влияет непосредственно на устранение угрозы жизни пострадавшего, зависит от нескольких факторов: количества вызовов в данный момент и машин, точности адреса и симптомов больного.

Уже четвёртый год тюменская станция скорой медицинской помощи передаёт вызовы бригадам на компьютерный планшет, что занимает более 60% от всех передаваемых вызовов, 5% — по радиации, остальные медики получают на подстанции от диспетчеров.

Одним из наиболее важных моментов при передаче вызова бригаде является наличие качественной сотовой связи и быстрого мобильного интернета, — отмечают в Департаменте здравоохранения Тюменской области, а значит, сейчас этот вопрос практически решён.

Василий СЕРЕБРЯКОВ,
МИА Сити!

Тюмень.

Новости

Фтизиатры вышли на рынок

Проверить свои лёгкие «без бюрократии» – такую возможность предоставили своим землякам специалисты Кемеровского областного клинического противотуберкулёзного диспансера. В рамках акции «Белая ромашка» они наладили выезды передвижного флюорографа на рынки областного центра Кузбасса. Всего запланировали 5 выездов, по одному – на каждый из 5 крупных рынков Кемерово. Таким образом фтизиатры рассчитывают акцентировать внимание населения на том, что важно своевременно проходить флюорографию. Ни паспорт, ни полис желающим обследоваться предъявлять не нужно. Достаточно просто назвать себя и адрес своего проживания, а все результаты будут переданы в их поликлинику по месту жительства.

Впервые подобная акция была организована областным противотуберкулёзным диспансером год назад. И оказалась очень эффективной. Флюорографию тогда прошли около 300 человек, включая продавцов рынков. В результате туберкулёз был заподозрен у 11 человек, у 3 диагноз после дообследования подтвердился.

«Это много, – уточняет главный фтизиатр Кузбасса Светлана Саранчина. – Стандартная выявляемость составляет один случай на тысячу обследованных. Значит, нам удалось охватить осмотрами тех, кто давно не обращался к медикам. Выявленные пациенты были взяты на лечение. Нам удалось прервать несколько цепочек распространения туберкулёза».

Валентина ИВАНОВА.

Кемерово.

Аспекты суррогатного материнства

Специалистами Свердловского областного перинатального центра областной детской клинической больницы № 1 наработан уникальный опыт по внедрению семейноориентированных технологий для генетических родителей при суррогатном материнстве.

Главная акушерка перинатального центра Дарья Коренная поделалась им на XVIII съезде педиатров России и VII форуме детских медицинских сестёр в Москве. Стендовый доклад «Индукция лактации. Первый период естественного вскармливания новорождённого генетической матерью» занял первое место в постерной сессии съезда.

Сегодня репродуктивные технологии позволяют иметь генетически родного малыша даже тем людям, которые по объективным причинам не могут родить детей. Однако в настоящее время существует проблема индуцирования лактации в группе генетических матерей. Основной целью исследования стало формирование вскармливания новорождённого грудью генетической мамы.

«Кормление грудью генетической матери – это прежде всего психологический контакт с малышом, который очень важен после рождения ребёнка суррогатной мамой», – считает Д. Коренная.

В течение 2 лет в перинатальном центре областной детской клинической больницы подобную специализированную помощь оказали более 20 супружеским парам с суррогатной матерью.

Алёна ЖУКОВА.

Екатеринбург.

Плавайте на здоровье!

При Волгоградском государственном медицинском университете торжественно открылся современный плавательный бассейн.

Новый спортивный объект, по оценкам студентов и преподавателей медуниверситета, стал отличным подарком не только для них, но и для молодёжи города-героя.

– При строительстве этого бассейна были предусмотрены пандусы, лифты, специально был продуман и сконструирован подъёмник для инвалидов-колясочников и детей с ДЦП, – поясняет ректор ВолГМУ Владимир Петров. – На базе этого бассейна будут работать две кафедры – физической культуры и здоровья и восстановительной терапии. В двухэтажном здании, кроме бассейна с его шестью 25-метровыми дорожками, разместился тренажёрный зал для занятия фитнесом.

Контроль за работой всех систем обеспечения в бассейне осуществляется в автоматическом режиме круглосуточно. Система очистки воды убирает все примеси.

«Плавайте на здоровье!» – такое напутствие было дано студентам после торжественного открытия комплекса. В тот же день уже прошли первые соревнования по плаванию между студентами волгоградских вузов.

Александр КУЗНЕЦОВ.

Волгоград.

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

Эхо трагедии

...Да несчастье помогло

В Твери построят новое здание для сгоревшей детской больницы



Федеральные власти поддержали предложение губернатора Тверской области Игоря Руденя о строительстве нового здания для главного детского медучреждения Верхневолжья – детской областной клинической больницы.

Напомним, что недавно в этой больнице, расположенной на живописной исторической набережной Степана Разина, вспыхнул грандиозный пожар. Загорелись помещения в основном здании учреждения, являющегося знакомым памятником архитектуры для региона. Тушение продолжалось более 11 часов. Зловещий огонь уничтожил 25% всего здания – кровлю правого крыла и центральной части архитектурного комплекса, практически полностью выгорел третий этаж и часть второго. По подсчётам официальных источников, площадь возгорания составила 1200 м².

Экстренная эвакуация детей, родителей и персонала в ту запыленную многими ночью по счастливой случайности не закончилась трагедией для кого-то, кто находился в здании в это время. В тушении пожара приняли участие 139 пожарных со всей области, на место происшествия ночью прибыл глава региона, ответственные за медицинскую

сферу сотрудники правительства области и регионального Минздрава. Ущерб от разрушений огня оказался колоссальным: по данным Следственного управления Следственного комитета России по Тверской области, он превысил 337 млн руб. Постфактум возбуждено уголовное дело по статье «халатность», начато масштабное расследование причин произошедшего, уже допрошено более 50 свидетелей.

Вопрос дальнейшей судьбы главного детского медицинского учреждения Тверской области на днях обсуждался на масштабном совещании, которое провела заместитель председателя Правительства РФ Ольга Голодец при участии главы Тверского региона Игоря Руденя. По итогам данной встречи Минздраву России совместно с правительством Тверской области даны поручения разработать медико-техническое задание для строительства нового современного здания выше указанной больницы. Минфину, Минэкономразвития и Минздраву России поручено при формировании федерального бюджета предусмотреть средства для финансирования этого строительства.

Несколько дней ранее губернатор области И. Руденя официально озвучил планы правительства по возведению нового здания

детской областной больницы в территориальной зоне нахождения областной взрослой больницы и областного перинатального центра Твери. Эту идею давно выдвигали на различных уровнях обсуждения проблем здравоохранения при предыдущих руководителях Верхневолжья. Но сегодня в свете сложившейся драматической ситуации, эта разумная и логичная идея, похоже, найдёт свою реализацию. На брифинге после заседания правительства области глава региона заявил, что строительство детской больницы начнётся в 2018 г. и продлится до 2021 г.

«Это будет современное высокотехнологичное учреждение на 450-480 коек, оборудованное по последнему слову техники, с расположенной рядом вертолётной площадкой, автомобильной стоянкой. Здесь удобная логистика, рядом проходит федеральная трасса Москва – Санкт-Петербург», – обозначил И. Руденя.

Как говорится, не было бы счастья, да несчастье помогло. Хочется надеяться, что случившееся в Твери станет началом позитивных перемен в региональном здравоохранении.

Максим СТРАХОВ,
внешт. корр. «МГ».

Тверь.

Фото с сайта mediaspy.ru

Санитарная зона

Учреждения здравоохранения Омской области готовы к проведению лечебно-профилактических и противоэпидемических мероприятий в период весеннего паводка. Как пояснили специалисты региональной службы медицины катастроф, при необходимости для оказания медицинской помощи пострадавшим будут привлечены до 50 городских бригад скорой помощи, 52 мобильные бригады центральных районных больниц.

Нынешняя зима в Прииртышье выдалась особенно снежной, по прогнозам метеорологов, паводок будет обильным и скоротечным.

Администрациями городских округов и сельских поселений определены места возможного подтопления в секторе жилой застройки. Здесь при определении

Накануне «большой воды»

перечня первоочередных работ, как и в прошлые годы, особое внимание уделяется ветеранам, пожилым людям, людям с ограниченными физическими возможностями.

В работе по встрече паводка подготовлены учреждения здравоохранения. На базе центральных районных больниц проведены учения и смотры готовности внештатных формирований службы медицины катастроф к ликвидации последствий весеннего половодья.

С жителями, проживающими в труднодоступных населённых пунктах, провели разъяснительную работу. В подразделениях лечебных учреждений создаётся месячный

запас необходимых лекарственных препаратов. Подготовлены списки пациентов, нуждающихся в первоочередной эвакуации из мест подтопления. Это – женщины с большими сроками беременности и больные с серьёзными хроническими заболеваниями.

Руководитель Управления Роспотребнадзора по Омской области Александр Крига подписал постановление «Об обеспечении санитарно-эпидемиологического благополучия населения Омской области в период паводка 2017 г.», согласно которому подразделениям санитарно-эпидемиологической службы поручено выполнить комплекс мероприятий, чтобы

быть, что называется, во всеоружии перед наступлением «большой воды».

Особое внимание на местах, уверены в Роспотребнадзоре, должно быть уделено проверке безопасности гидротехнических сооружений, формированию дезинфекционных бригад из числа лиц, привитых против дизентерии, брюшного тифа, вирусного гепатита А, и обеспечению их спецодеждой, достаточным запасом дезинфекционных средств.

Своя сфера ответственности в этот непростой период у специалистов Центра гигиены и эпидемиологии в Омской области. За ними – отбор проб и проведение

исследований водопроводной и сточной воды на соответствие качества гигиеническим нормативам, ежедневный мониторинг заболеваемости острыми кишечными инфекциями, проведение санитарно-эпидемиологических исследований в очагах инфекционных и паразитарных болезней, а также анализ проведённых дезинфекционных мероприятий и направление информации в Управление Роспотребнадзора по Омской области с указанием населённых пунктов, количества эпидзначимых объектов (дома, колодцы, выгреб), адресов продезинфицированных колодцев.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

Назрaды

Директору Иркутского филиала МНТК «Микрохирургия глаза» им. С.Н.Фёдорова Минздрава России, доктору медицинских наук, профессору, заслуженному врачу РФ Андрею Щуко присвоено звание «Почётный гражданин Иркутской области».

Подсчитать, какому числу людей офтальмохирург А.Щуко за свою более чем тридцатилетнюю врачебную практику вернул зрение, невозможно. Только за годы работы в МНТК он выполнил более 4600 лазерных операций, каждая третья из которых – высшей категории сложности. Однако, принимая

решение о награждении, комиссия учитывала заслуги А.Щуко не только как хирурга, но прежде всего как организатора.

Именно организаторские способности и умение увлекать своими идеями помогли Андрею Геннадиевичу вместе с коллегами МНТК межтерриториальный центр лазерной хирургии, вслед за ним – глаукомный центр. И, наконец, пойти ещё дальше – приблизить новые офтальмологические технологии к жителям далёких районов, открыв филиалы МНТК «Микрохирургия глаза» в Братске, Ангарске и даже в соседней Бурятии.

Ряд технологий и оборудования в Приангарье появились раньше, чем во всех других учреждениях системы МНТК. Именно здесь впервые в России в алгоритм диагностики была внедрена оптическая когерентная томография, стали выполняться ультразвуковые бесшовные операции при катаракте, имплантации дренажных систем при глаукоме, фемтосекундные малоинвазивные лазерные операции по устранению близорукости и других аномалий рефракции.

Елена СЕРГЕЕВА.
МИА Сити!

Из первых уст

Без уроков психологии не обойтись

Генеральный директор Федерального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.П.Сербского, главный психиатр Минздрава России, профессор Зураб Кекелидзе предложил ввести в школах уроки психологии. «В средней школе надо вводить предмет «психология» с 3-го по 11-й класс», – заявил он в ходе селекторного совещания в МЧС, посвящённого проблеме детских самоубийств.

З.Кекелидзе отметил, что преподавать новый предмет должны не учителя Основ безопасности жизнедеятельности, а психологи. На уроках следует обсуждать проблему употребления наркотиков,

интимных отношений, жизненных конфликтных ситуаций.

В свою очередь, уполномоченный по правам ребёнка в РФ Анна Кузнецова заявила, что количество детских самоубийств в нашей стране выросло почти на 60% в минувшем году. По её мнению, одной из основных причин такого роста являются так называемые группы смерти в социальных сетях, склоняющие несовершеннолетних к суициду.

«За период 2011-2015 гг. количество самоубийств в стране стабильно снижалось на 10% в год. Однако в прошлом году мы наблюдали рост суицидов среди детского населения России на 57%. Таким образом, мы резко откатились назад на 5 лет. Одной

из основных причин такого положения является лавинообразное распространение «групп смерти» в соцсетях», – сказала А.Кузнецова в ходе селекторного совещания «О профилактике суицидов среди несовершеннолетних».

По данным уполномоченного по правам ребёнка, в сфере борьбы с детскими суицидами существует много проблем, в частности в 2016 учебном году 47% школ в РФ не имели в своём штате педагогов-психологов. По словам А.Кузнецовой, необходимо совершенствовать нормативно-правовую базу, методическое обеспечение и повышать доступность помощи специалистов.

Матвей ШЕВЛЯГИН.
МИА Сити!

В Минздраве России

В реальности – рекордное снижение

Министерство здравоохранения РФ выступило с комментарием об уровне младенческой смертности в нашей стране.

«В одном из популярных изданий была опубликована статья, в которой цифры по младенческой смертности, приводимые российскими органами государственной власти, противопоставляются цифрам, приводимым Всемирной организацией здравоохранения», – говорится в официальном сообщении пресс-службы Минздрава России. Прежде чем

делать такие выводы, авторам статьи следовало бы обратиться в Минздрав, где им пояснили бы, что в статье они ошибочно сравнивают показатель младенческой смертности и показатель детской смертности. Кстати, и по первому, и по второму показателям в нашей стране наблюдается рекордное снижение.

Показатель младенческой смертности в еврорегионе составляет, по последним доступным данным, 6,64 на 1000 родившихся живыми, при том что в нашей стране он равен 6,0 по

итогам 2016 г., а по данным января 2017 г. – 5,1. При этом в 53 из 85 регионов этот показатель в январе 2017 г. был ниже 5.

Более того, противопоставление данных ВОЗ внутристрановым данным вызывает недоумение у любого профессионала, поскольку Всемирная организация здравоохранения не ведёт собственной статистики, а получает все данные для формирования глобальных отчётов от стран-членов.

Соб. инф.

Перемены

Вездеходная СМП

В Магаданском морском торговом порту представили высокопроходимый автомобиль скорой помощи на базе шасси КамАЗ, который доставили в регион судном из Владивостока. Таким образом, машина СМП из Набережных Челнов, проехав через всю страну прибыла на Колыму. Как сообщили в правительстве Магаданской области, технические характеристики нового автомобиля позволят оказывать медицинскую помощь в труднодоступных районах региона: в оленеводческих бригадах, старательских артелях, а также перевозить больных на большие расстояния в любых климатических условиях.

По словам губернатора Магаданской области Владимира Печёного, машина получилась уникальной, в ней учтены практически все требования Севера, в том числе полной автономности. Даже при условии, что не будет работать двигатель, автомобиль сможет функционировать ещё 16 часов за счёт резервного источника энергоснабжения. Высокая проходимость транспорта обеспечена благодаря

полноприводному шасси с высоким клиренсом, оснащённому 2-ступенчатой раздаточной коробкой с межосевым дифференциалом, межколёсной блокировкой и шинами с регулируемым давлением. Встроен подогрев двигателя, топливозаборника, есть автономный воздушный отопитель. В фургоне устроены два помещения: медицинский салон и приёмный отсек.

В настоящее время решается вопрос о запуске автомобилей скорой помощи на базе шасси КамАЗ в серийное производство для других северных и отдалённых территорий за счёт средств федерального бюджета.

– В течение недели новый автомобиль пройдёт испытание по федеральной трассе «Колыма», дорогам отдалённых поселений, – отметил глава региона. – Специалисты проверят работу медицинской аппаратуры, а позже составят окончательное заключение для дальнейшей эксплуатации.

Автомобиль скорой медицинской помощи повышенной проходимости классов А и В разработан по заданию Минздрава Магаданской области и предназначен для эксплуатации в условиях пересечённой малонаселённой местности при температуре воздуха от -55°C до +40°C.

Николай ИГНАТОВ.
Магадан.

Акценты

Больше половины злокачественных новообразований в последнее время выявляются на ранних стадиях – такие данные озвучили на конференции онкологической службы Челябинской области. Ведущие онкологи региона подвели итоги работы за прошлый год и обсудили ближайшие перспективы.

Смертность пошла на убыль

Онкологическая служба в регионе развивается и идёт в ногу со временем – такой вывод можно сделать на основании данных, озвученных на конференции.

Минувший год стал знаковым для Южного Урала. Впервые за несколько лет специалисты отметили снижение смертности от онкологических заболеваний на 1,5%. Уровень заболеваемости также незначительно снизился. Специалисты отметили в 2016 г. 15,3 тыс. впервые зарегистрированных случаев онкологических заболеваний (в 2015 г. – 16,2 тыс.).

«Преобладают опухоли лёгких, трахеи и бронхов, молочной и предстательной желёз. Рак лёгкого в структуре злокачественных новообразований у мужчин составляет 18,2%, у женщин – 3,8%. Опухоли желудка у женщин занимают 5,1%, в то время как у мужчин – 7,8%, – отметил главный онколог Минздрава Челябинской области академик РАН Андрей Важенин. – Усилия врачей направлены на раннее выявление и эффективное лечение онкозаболеваний. В этом направлении имеются хорошие подвижки. Выявление опухолей на I и II стадиях достигло 54,5% и увеличилось за 3 года почти на 5,5%».

Для того чтобы выявлять злокачественные новообразования на ранней стадии, в регионе развернули сеть смотровых кабинетов – 98 женских и 65 мужских.

За минувший год увеличилось и количество специалистов-онкологов в регионе, и число онкологических коек в стационарах области. Это свидетельствует о повышении доступности всех видов медицинской помощи онкологическим пациентам.

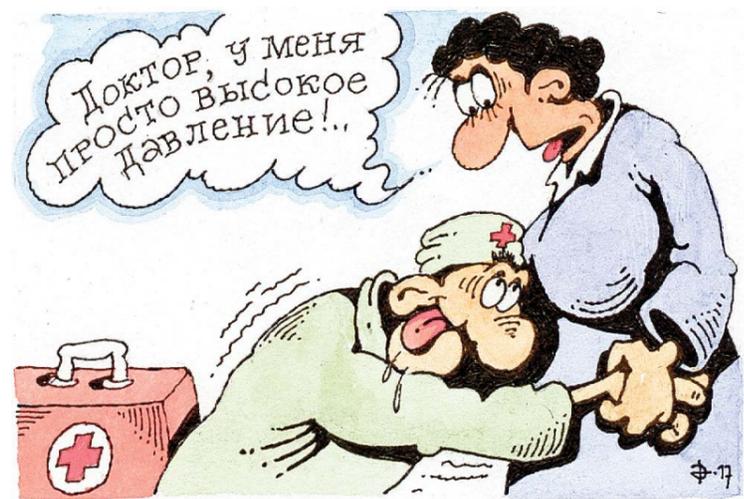
«Прошлый год также стал годом принятия «локомотивных решений», – сказал А.Важенин. – Мы ведём активную работу по созданию на Южном Урале кластера ядерной медицины с использованием самых современных достижений. Прошли успешные испытания радиофармпрепарата, впервые синтезированного оборудования. Он и будет использоваться для позитронно-эмиссионной томографии, что существенно увеличит пропускную способность нашей онкологической службы. Ещё одно перспективное направление – ионная лучевая терапия.

Ведётся разработка малого протонного комплекса, создание отечественного гамма-аппарата. Челябинская область становится стратегическим регионом для развития ядерных технологий в здравоохранении. Безусловно, это поможет охватить высококачественной медицинской помощью большее количество пациентов».

Мария ХВОРОСТОВА,
внешт. корр. «МГ».
Челябинск.

Однако

Лекарство от всех болезней?



Информация о якобы произошедшем случае сексуального домогательства псевдоэскулапа к москвичке проверит Департамент здравоохранения Москвы. Об этом сообщили в пресс-службе головного столичного отраслевого ведомства.

«Департамент поручил провести служебную проверку данных сведений, по результатам которой будет представлена информация дополнительно», – заявили в пресс-службе.

Ранее сообщалось, что 30-летняя жительница Москвы обвинила терапевта городской поликлиники № 19, приехавшего к ней на дом после жалобы на высокое давление, в сексуальных домогательствах. Врач якобы покинул квартиру женщины только после того, как она позвала соседа. По словам пациентки, доктор утверждал, что интимная близость лечит от всех болезней.

Яков ЯНОВСКИЙ.
МИА Сити!
Москва.

Президент РФ Владимир Путин провёл в Кремле совещание с членами Правительства. На нём обсуждались вопросы эпидемиологической ситуации по гриппу, изменения демографических показателей, снижение смертности по некоторым заболеваниям. Докладчиком по этим вопросам выступила министр здравоохранения Российской Федерации Вероника Скворцова.

Первый вопрос – грипп

– Мы начали подготовку к данному сезону гриппа с марта 2016 г., когда получили информацию от Всемирной организации здравоохранения по актуальным вакцинальным штаммам, – пояснила В.Скворцова. – За период с апреля по август мы наработали четыре отечественные высокоэффективные и безопасные вакцины, и это позволило в этом году существенно нарастить объёмы вакцинации до 56 млн человек за счёт государственных средств. Это более чем 38% всего нашего населения. Если же вспомнить 2011 г., то тогда этот показатель достигал всего 26%.

Министр пояснила, что за последние 2 года удалось ввести сочетанную вакцинацию против гриппа и пневмококковой инфекции у больных из группы риска. Это позволило за 5 лет снизить заболеваемость гриппом в 3,6 раза и существенно уменьшить долю осложнённых и тяжёлых форм. В этом сезоне подъём заболеваемости гриппом произошёл осенью, и пик был достигнут в последней декаде декабря. В самый разгар данной эпидемии ВОЗ оценивала её интенсивность в нашей стране как среднюю.

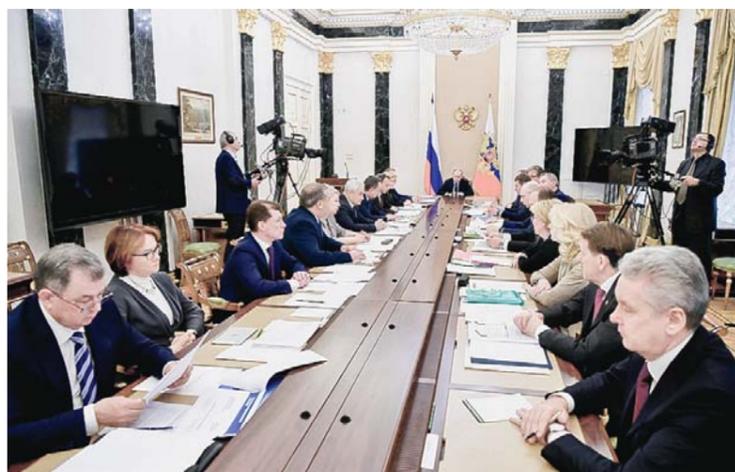
– Важно отметить, что из всех лабораторно подтверждённых случаев гриппа только 4% больных были привиты, – подчеркнула В.Скворцова. – 96% – это люди, которые не прошли вакцинацию от гриппа своевременно.

В этом сезоне в 20 раз снизилась смертность от гриппа, летальность, частота смертельных исходов среди заболевших по сравнению с 2014–2015 гг., несмотря на эпидемичность текущего сезона. При этом фактическая летальность

Главная тема

Долгожданный исторический минимум

В России улучшаются демографические показатели



Во время заседания

составила 0,3 промилле. Это один из самых низких показателей и в мире, и в России. Во многом это произошло благодаря уменьшению количества тяжёлых форм.

– Сегодня грипп активно уходит, – заявила министр. – На текущей неделе превышение эпидемического порога остаётся только в 5 регионах: 2 – в Центральном федеральном округе и 3 – в Сибирском. На прошлой неделе в этот список входило 17 регионов. Изменился штамм гриппа, это тоже важный показатель. Эпидемический штамм составляет менее 15%, в основном регистрируется грипп группы Б. И, по прогнозам экспертов, во второй половине апреля заболеваемость гриппом резко снизится. Между тем 2 марта ВОЗ уже объявила актуальные штаммы для следующего эпидсезона, поэтому в ближайшее время специалисты

приступят к наработке вакцины уже на следующий год.

Перемены в демографии

Второй вопрос В.Путина касался демографических показателей. По предварительным данным Росстата, продолжительность жизни увеличилась на полгода (до 72 лет: у женщин – свыше 77 лет, у мужчин – 66,6 года). Это прежде всего отражает снижение смертности во всех возрастных группах. В 2016 г. умерли на 17,5 тыс. человек меньше, чем в предыдущем, 2015 г.

– Очень значительно, на 18%, за один год снизилась материнская смертность, она достигла небывалых величин для нашей страны – 8,3 на 100 тыс. родов (в 2011 г. было 16,2, то есть за 5 лет – в два раза, на 48%), – сказала В.Скворцова. – Младенческая смертность тоже

снизилась на 8%, составила по результатам года 6 на 1000 родившихся живыми, но в январе текущего, 2017 г., уже 5,1. И, таким образом, опять-таки за 5 лет младенческая смертность снизилась более чем на 40%. На сегодняшний день в 56 из 85 регионов младенческая смертность ниже 5 промилле, что соответствует лучшим мировым показателям.

В группе детей до 18 лет смертность снизилась на 8,5%, а за 5 лет – более чем на 30%. У трудоспособного населения – на 3,5% за год и более 10% за 5 лет. У лиц старше трудоспособного возраста – на 0,8% за этот год и, соответственно, снизилась на 5,5% за последние 5 лет. Таким образом, в целом смертность во всех возрастных группах снижается.

Ещё один важный момент – меняется структура населения, за прошлый год на 2,5% увеличилось число людей старше трудоспособного возраста, сейчас она уже составляет 24,5%. В результате общая смертность уменьшилась, но не столь значительно, как в отдельных возрастных группах, – на 0,9%.

Министр акцентировала внимание также на важном интегральном показателе – продолжительности здоровой жизни, то есть жизни, не обременённой хроническими заболеваниями и инвалидностью. За последние 10 лет этот показатель «нарос» на 4,5 года, у мужчин – на 5,5 лет и у женщин – на 3,5 года. Он составил, по данным 2015 г., 62 года. По прошлому году показатели будут обновлены позже. Но есть все основания предполагать, что названный показатель не ухудшится.

Направления повышения рождаемости

Первое – профилактика абортов. За 5 лет была создана целая сеть – при всех женских консультациях и родильных домах (1,5 тыс. кабинетов и центров помощи беременным женщинам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации). В них беременным оказывается медико-социальная и психологическая поддержка. В результате в прошлом году на 8% снизилось число абортов на 58,5 тыс. случаев. Если же посмотреть временной отрезок в 5 лет – снижение произошло на 25%, а это 247,5 тыс. абортов.

Серьёзный вклад в улучшение репродуктивного здоровья и восстановления человеческого потенциала вносят вспомогательные репродуктивные технологии. Только в 2013 г. экстракорпоральное оплодотворение было введено в систему ОМС, и с 2013 г. в нашей стране женщины и мужчины из бесплодных пар стали бесплатно получать подобное лечение. В 2016 г. было проведено 47,5 тыс. процедур ЭКО, а в этом году запланировано их выполнить 62 тыс. Параллельно идёт существенное повышение эффективности ЭКО. Сегодня оно составляет более 30%, то есть каждый третий цикл ЭКО выходит в беременность.

Президент РФ обратил внимание собравшихся на наилучший результат в борьбе с туберкулёзом – снижение заболеваемости на 16,7%. Меньше всего смертность уменьшилась от новообразований (на 0,8%). А это значит, что есть над чем работать медицинской отрасли...

– Достижение исторического минимума по детской и материнской смертности – хороший показатель, – отметил В.Путин. – Тем не менее нельзя ослаблять внимание к службе охраны материнства и детства. Чтобы не потерять достигнутое, надо продолжать выстраивать целостную систему работы.

Алексей ПИМШИН.

Москва.

Фото с сайта kremlin.ru

Профилактика

В России потребляется около 300 млрд сигарет в год. В обществе и СМИ продолжают споры по поводу предложения в конце января 2017 г. Минздравом России проекта концепции по борьбе против табака, призванной заменить концепцию 2010–2015 гг. Одна из таких дискуссий недавно прошла в Москве.

«Сейчас мы рассматриваем концепцию борьбы с табакокурением на 2017–2022 гг., – говорит академик РАН, член Комитета Госдумы РФ по охране здоровья Николай Герасименко. – Необходимо отметить положительные стороны предыдущей концепции: сокращение курения среди жителей России произошло с 39% в 2009 г. до 33% на конец 2015 г. Особенно серьёзно снизилось курение среди 13-летних подростков: у девочек – с 18 до 9%, у мальчиков – с 17 до 7%. В рамках новой концепции предполагается снижение потребления табака у всего населения до 25–22%. Конечная цель такая же, как в ряде стран Европы, – чтобы со временем в России вообще не курили. Но для этого нужно создание необходимых условий, одних стремлений для этого мало.

Акциз на табак у нас в стране невысокий, в прошлом году он составлял 36 руб., в этом году прибавится ещё 5 руб. Расширятся зоны, где курение будет запрещено, – это коммунальные квартиры, переходы (особенно подземные), остановки наземного пассажирского транспорта».

Важным вопросом остаётся лечение табачной зависимости. Есть предложение ввести эту про-

Игры вокруг табака...

Какой ценой будут отваживаться от сигарет наших курильщики?

грамму в госгарантии, а препараты для лечения – в список жизненно важных лекарственных средств. Но насколько это реально, надо ещё обсуждать.

К сожалению, в последнее время табачные компании активизировали деятельность своих лоббистов. В кино всё чаще показывается процесс курения без предупредительных подписей на экране о вреде употребления табака. При этом через главного героя фильма формируется положительный образ курильщика, хотя всё должно быть с точностью до наоборот. Здесь, по мнению спикера, необходима серьёзная административная ответственность тех руководителей, которые ведут с табачными компаниями договоры по различным видам рекламы табака.

Многие переходят с обычных на электронные сигареты, настав и другие заменители табака, особенно молодёжь. По этому поводу в новой концепции всё сказано правильно о недопустимости таких «заменителей», зачастую приводящих к серьёзным заболеваниям. Сейчас в Госдуме РФ находится 5 законопроектов по поводу электронных сигарет и 2 законопроекта по кальянам.

Заместитель директора НИИ пульмонологии ФМБА России Галина Сахарова остановилась на той

части новой концепции, которая касается оказания медицинской помощи при никотиновой зависимости. Делается ещё больший упор на то, что курение – не привычка и удовольствие, а действительно болезнь. В международной классификации она имеет код F17, называется «синдром зависимости от табака» и относится к болезням, которые приводят к поведенческим и психическим расстройствам в результате потребления психоактивных веществ.

В рамках предыдущей концепции не совсем удалось сделать всё для лечения этой болезни. Здесь не всегда помогает самолечение. При этом табак, в отличие от наркотиков, свободно продаётся в магазинах, стоит сравнительно дёшево. И государство, в определённом смысле, несёт ответственность за курящих, а поэтому, по мнению спикера, будет справедливо, если оно возьмёт на себя часть затрат на их лечение.

Повышение цен на сигареты будет не просто способствовать тому, что мы предотвращаем курение среди подростков, поскольку у них не будет денег на покупку дорогого табака, но и выравниваем лечение его стоимостью сигарет. Курильщику станет всё равно, что покупать: сигареты, которые его

губят, либо, по необходимости, фармакологические препараты, которые станут его оздоравливать, если их выпишет лечащий врач. Находящиеся в стационаре должны получать эти препараты бесплатно, чтобы время, проведённое в больнице, проходило спокойно, без симптомов отмены. Все врачи должны быть вовлечены в мотивирование и лечение пациента от этого серьёзного заболевания, которое требует не менее 6 месяцев лечения. Если всё это будет реализовано, то станет серьёзным вкладом в снижение употребления табака в России. Тем более что траты на лечение сердечно-сосудистых заболеваний и органов дыхания, которые вызваны курением, минимум в 6 раз превышают акцизы, поступающие в казну от табачных изделий.

Заместитель начальника контрольно-финансового управления Федеральной антимонопольной службы Наталья Исаева, начав дискуссию, заявила, что некоторые моменты концепции вызывают у ФАС вопросы. Одной из недоработок Минздрава можно считать то, что концепция готовилась долго, но мало обсуждалась с общественностью. Есть сомнения по поводу экономической части концепции: повышение акцизов на сигареты – цель благая, но

они и так высоки по сравнению с акцизами Евразийского сообщества. Поэтому повышение акцизов может привести к увеличению контрафактной продукции в РФ из смежных государств.

На это Н.Герасименко возражал, что такие высказывания идут только на руку трём основным импортным табачным монополистам, владельцам более 80% заводов, производящих сигареты в России, которые получают сверхприбыли. «Мы ещё не достигли и 20% от европейских акцизов на сигареты. Сейчас это 50 центов у нас против 2,8 евро в Европе. Нелегальная продукция идёт на рынок через наши же фабрики. Но никто не считает, сколько болезней приносит курение, сколько сгорело домов из-за непотушенных сигарет. Так что ничего страшного из-за повышения акцизов на табак в обществе не произойдёт, зато существенно увеличатся поступления в бюджет. При этом ввоз медицинского оборудования в Россию облагается налогами, а оборудование табачных производителей почему-то – нет», – отметил Н.Герасименко.

Итак, самая дешёвая пачка сигарет в России будет стоить 2 долл. – если сравнивать со средними европейскими ценами. Но это, не пугайтесь курильщики, расчёты только на 2022 г. Для сравнения, в Скандинавии уже сейчас 20 сигарет стоят 11 евро.

Вячеслав СВАЛЬНОВ,
корр. «МГ».

Москва.

На базе страховых медицинских компаний организовано 24 федеральных и 116 региональных колл-центров, работают более 6,5 тыс. страховых представителей первого и второго уровней, из них – 218 работают в Московской области. Об этом сообщила председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Наталья Стадченко, выступая на I съезде терапевтов Московской области.

«Институт страховых представителей – это важный этап в создании унифицированной системы защиты прав застрахованных, когда каждый застрахованный должен знать и свою страховую медицинскую компанию, и своего страхового представителя, его телефон, по которому он может в любое время обратиться по всем наболевшим вопросам», – отметила в своём выступлении Н.Стадченко.

Руководитель ФОМС обратила внимание участников форума, что на текущий момент в Российской Федерации из 146,7 млн застрахованных лиц обеспечено прикрепление 142,4 млн человек: «Мы должны обеспечить стопроцентное прикрепление застрахованных лиц к терапевту. На это следует обратить особое внимание».

Терапевты должны быть заинтересованы в корректности прикрепления к ним застрахованных лиц, а точнее – в достоверности отражения информации в регистре застрахованных лиц, который ведёт территориальный фонд

ОМС: реальность и перспективы

О самом наболевшем

Идёт создание унифицированной системы защиты прав застрахованных



Н. Стадченко

ОМС. «Это существенно влияет на рейтинг терапевтов, который впервые был проведён в октябре прошлого года», – заметила председатель ФОМС.

Глава Федерального фонда сообщила, что в рейтинге «ТОП-500 лучших терапевтов России» за первое полугодие 2016 г., 21 врач-терапевт представляет Мос-

ковскую область. «В ближайшее время будут подводиться итоги деятельности терапевтов за весь прошедший год. Полагаю, что Московская область должна занять достойное место в рейтинге», – подчеркнула Н.Стадченко.

Председатель ФОМС напомнила, что сейчас происходит индивидуальное оповещение

застрахованных о возможности прохождения диспансеризации и дальнейшая сверка списков лиц, подлежащих диспансеризации в этом году, которых затем будут информировать о режиме работы медорганизации, графиках проведения обследования. «На этом этапе очень важно чёткое взаимодействие медицин-

ских работников со страховыми представителями. Именно вы завершаете диспансеризацию каждого пациента, и от того, как вы организуете взаимодействие со страховыми компаниями, зависит нагрузка на вас и качество диспансеризации», – обратилась к терапевтам глава ФОМС.

Глава ФОМС сообщила, что в России более 36% из числа приглашённых уже прошли диспансеризацию. «При этом численность прошедших диспансеризацию в январе 2017 г. по сравнению с аналогичным периодом 2016 г. увеличилась на 13%», – проинформировала она.

Н.Стадченко также обратила внимание, что с 2018 г. дополнительно к этим мероприятиям к функционалу страховых представителей добавляется мотивирование населения к выполнению рекомендаций врача по результатам диспансеризации, контроль своевременности диспансерных обследований и приверженности к лекарственной терапии.

Алексей ПАПЫРИН,
корр. «МГ».



Аудитория съезда

Инициатива

Особое внимание стоматологов

Они стараются уделить его ветеранам Великой Отечественной войны

В 2017 г. в бюджете Приморского края на бесплатное зубопротезирование для ветеранов Великой Отечественной войны и тружеников тыла предусмотрено 15 млн руб. Как сообщил вице-губернатор Приморья Павел Серебряков, эти средства распределят между государственными стоматологическими поликлиниками в форме субсидий.

– В этом году, как и в прошлом, бесплатно получить услугу по зубному протезированию могут ветераны Великой Отечественной войны – труженики тыла, ветераны труда, граждане, приравненные к ветеранам труда, реабилитированные и лица, признанные пострадавшими от политических репрессий, – сообщил заместитель главы региона.

Помимо протезирования зубов, ветераны смогут получить и другие услуги, оказываемые в государственных стоматологических клиниках.

Кроме того, для проведения диспансерного обследования ветеранов с ограниченной подвижностью сформированы выездные бригады, которые проведут медицинское об-

следование пожилых людей на дому.

– Стационарное лечение ветераны войн получают в специализированном госпитале. За последние три года с появлением пристройки к основному корпусу госпиталя улучшились условия нахождения пациентов в учреждении. По поручению губернатора увеличилось количество двухместных палат в отделениях, а в палатах, где ранее находились по 6 человек, теперь лечатся по 3-4 пациента. Всего за 2016 г. комплексное медицинское обследование здесь прошли более 4 тыс. пациентов, – отметил руководитель краевого Департамента здравоохранения Андрей Кузьмин.

К слову, 1 сентября 2016 г. на базе Госпиталя для ветеранов войн открылось реабилитационное отделение. На его оснащение из регионального бюджета направлено 20 млн руб. Комплекс современных тренажёров, заботливый уход и индивидуальная программа восстановления каждого больного, которые практикуют в новом отделении, уже дают эффективные результаты.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».
Владивосток.

Ситуация

Как известно, путь к славе тернист и долог, но у акселератов XXI века нет времени идти известными путями, им подавай всё и сразу, даже если слава эта очень сомнительна. И при этом даже оплачена очень дорого – ценой собственной жизни...

Недавно страну всколыхнули громкие случаи самоубийств подростков. Многие трагические истории брали начало в интернете в так называемых группах смерти, а порой там же и заканчивались. Зрелище, как говорится, не для слабонервных. Чтобы остановить волну суицидов, Президент РФ Владимир Путин поручил Правительству страны и региональным властям усовершенствовать систему предотвращения самоубийств среди несовершеннолетних.

– Надо отметить, что на фоне других регионов Ставропольский край выглядит относительно благополучно, – комментирует ситуацию главный психиатр региона, главный врач Ставропольской краевой психиатрической больницы № 1, кандидат медицинских наук Олег Боев. – Даёт плоды системная, а не от случая к случаю, работа, которой мы начали заниматься ещё в 2013 г., когда на базе нашей больницы была создана суицидологическая служба, цель которой – профилактика суицидального поведения среди населения, в том числе детского.

Результатом совместной работы Министерства здравоохранения и Министерства образования и молодёжной политики стало значительное, с 7 до 4 в 2015 г., в 2016 г. сокращение подростковых суицидов (по данным медицинского информационно-аналитического центра Ставропольского края). Кстати, этот показатель – минимальный за последние 6 лет.

Важным направлением работы суицидологической службы является ранняя профилактика. Клинические психологи Ставропольской краевой психиатрической больницы № 1 выходят на родительские собрания в школы, где они проводят семинары-тренинги, раздают родителям памятки с «горячими телефонами» и читают тематические лекции по профилактике суицидального поведения. Всего таких лекций для учащихся, родителей и педагогов в 2016 г. прочитано 45, а

На пути «групп смерти»

Ставропольские психиатры предупреждают самоубийства среди подростков



О. Боев

общее число участников составило 3450 человек.

В 2017 г. работа в этом направлении продолжилась: в середине февраля в Министерстве образования региона прошло краевое родительское собрание, объединившее заинтересованных родителей из всех уголков Ставрополья. Оно транслировалось в режиме реального времени по интернету. Первыми выступили заместитель министра образования края Диана Рудьева и главный психиатр края О.Боев. Специалисты назвали основные причины, по которым подростки чаще всего расстаются с жизнью, объяснили, что и как должен делать каждый родитель, чтобы предотвратить несчастный случай в своей семье.

– Против наших детей сегодня ведётся необъявленная война, и мы должны их защитить, – акцентировала внимание аудитории заместитель министра образования. – Для этого нужно, во-первых, знать основные признаки суицидального поведения, а во-вторых, вовремя обращаться за помощью. Как только нам поступает звонок, мы сразу подключаем

правоохранительные органы, находим сайты, где подростки черпают информацию, и принимаем меры, чтобы заблокировать или вообще закрыть эти сайты.

Во второй части собрания медицинские психологи Ставропольской краевой психиатрической больницы № 1 Анна Толстова и Марина Новикова прочитали для родителей лекцию на тему «Учимся понимать детские чувства. Навыки взаимодействия».

Одноимённый тренинг по профилактике конфликтного поведения между родителями и детьми проводится в школах Ставрополя с 2016 г. Его девиз – Научиться говорить так, чтобы дети слушали, и слушать так, чтобы дети говорили, цель – обучение родителей бесконфликтной модели поведения с ребёнком как ранней профилактики суицидального поведения детей и подростков. Задачи ставятся следующие: научиться понимать чувства ребёнка и принимать их без отрицания; освоить способы снижения эмоционального напряжения в конфликтной ситуации; приобрести навыки продуктивного выражения родительских чувств.

С начала года аналогичные собрания прошли в трёх городских школах.

Кстати, в этом году Ставрополь участвует во Всероссийском конкурсе городов «Семья и город – растём вместе», на котором будет оцениваться, в том числе, работа с семьями, где есть дети, потенциально входящие в группу риска, по налаживанию внутрисемейных и формированию позитивных детско-родительских отношений. В указанном разделе будет представлена программа по профилактике конфликтного поведения между детьми и родителями Ставропольской краевой психиатрической больницы № 1 «Учимся понимать детские чувства. Навыки взаимодействия». Итоги конкурса будут оглашены в конце года.

Рубен КАЗАРЯН,
соб. корр. «МГ».

Ставропольский край.

Фото автора.

Ситуация с туберкулёзом в России, равно как и во многих странах мира, вызывает серьёзную тревогу. Стоит напомнить, что Всемирная организация здравоохранения поставила амбициозную цель элиминировать это заболевание как проблему здравоохранения к 2035 г. Но до сих пор сложно однозначно ответить на вопрос, удастся ли мировому сообществу полностью подавить эту инфекцию.

Отечественными специалистами сделано немало. В частности, в стране действуют федеральная и региональные программы снижения смертности, которые включают в себя комплекс мероприятий, как медицинских, так и социальных, организационных и т.д. Как предпринимаемые меры влияют на эпидемиологическую ситуацию по туберкулёзу, что ждать врачам и пациентам, по плечу ли нашим специалистам подобрать «ключ» к палочке Коха?

Об этом мы попросили рассказать директора Научно-исследовательского института фтизиопульмонологии Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, главного фтизиатра Минздрава России, эксперта ВОЗ по туберкулёзу от РФ, президента Российского общества фтизиатров/Ассоциации фтизиатров России, доктора медицинских наук, профессора Ирину ВАСИЛЬЕВУ.

– Ирина Анатольевна, познакомьте наших читателей с эпидемиологической ситуацией по туберкулёзу.

– В настоящее время в отечественной фтизиатрической службе продолжают сохраняться положительные тенденции, идёт устойчивое снижение показателей смертности и заболеваемости. Пока мы располагаем предварительными цифрами, финальные будут позднее, что связано с необходимостью получения результатов микробиологических анализов в рамках всей страны, свидетельствующих об эффективности лечения. Но уже сейчас понятно, что налицо улучшение эпидемиологической ситуации.

Ныне актуализировалась задача, поставленная Минздравом России перед медицинским сообществом, по сохранению жизни пациентов. В абсолютных цифрах фтизиатрами в 2016 г. сохранено более 2 тыс. жизней, в то время как в 2015 г. – около 1,5 тыс. В 2016 г. продолжалось выраженное снижение смертности – на 14,3% по сравнению с 2015 г. По предварительным данным, этот показатель составил 7,8 на 100 тыс. населения (в 2015 г. – 9,1).

Напомню, что пик заболеваемости туберкулёзом в нашей стране приходился на 2002 г. Только сегодня (впервые за последние десятилетия) мы достигли уровня 1995 г. В настоящее время этот показатель составляет 55 случаев на 100 тыс. населения. Конечно, это существенный сдвиг. И тем не менее, несмотря на прогресс, мы пока находимся в списке стран с высоким бременем туберкулёза.

– Какова ситуация в регионах, в том числе «традиционно» проблемных?

– Если проанализировать ситуацию по всем регионам страны, то смертность снизилась в 76 из 85 субъектов. В некоторых территориях Центрального федерального округа показатели смертности впервые за последние десятилетия приблизились к аналогичным в странах Западной Европы. Например, в Белгородской (1,2 на 100 тыс. населения) и Орловской (2,1) областях.

В так называемых проблемных регионах также отмечается уменьшение эпидемиологических показателей. Например, в Уральском федеральном округе смертность уменьшилась на 15,5%, в Сибирском – на 11,1%, в Дальневосточном – на 16,2%. То есть тенденция везде достаточно оптимистичная. Хотя при этом в 6 регионах мы отметили некоторое увеличение смертности. Традиционно депрессивная ситуация в этом плане в Республике Тыва, Ненецком автономном округе, Псковской области, городе Севастополь. Но в абсолютных числах увеличение незначительное. Повсеместно снижаются показатели заболеваемости, роста не отмечается ни в одном субъекте Федерации.

– Стали ли наши фтизиатры более эффективно противостоять тем вызовам, которые предъявляют туберкулёз с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ) и туберкулёз в сочетании с ВИЧ-инфекцией?

– Пока с этим у нас не всё очень хорошо. Такова и всеобщая мировая тенденция. В частности, в стране нарастают туберкулёз в сочетании с ВИЧ-инфекцией и МЛУ-ТБ. Но позитивно то, что увеличилась эффективность ле-

известно, лечить больных с ШЛУ гораздо сложнее. Поэтому и страдает общий показатель.

Среди других стран России выделяет то, что, начиная с 2010 г., темпы снижения смертности у нас достигают 9,7-10% в год. Аналогичных показателей на сегодня не удалось добиться ни в одном государстве мира. В странах с высоким бременем туберкулёза ежегодные темпы снижения смертности не превышают 2-6%. Также за последние 15 лет у нас в целом существенно снизились заболеваемость и смертность.

– Статистика – вещь упрямая. Служит ли она неким посылом к пересмотру стратегии и тактики преодоления туберкулёза?

конференцию по межсекторальным мерам в борьбе с туберкулёзом.

– Это знаковое мероприятие пройдёт в нашей стране впервые в её истории?

– Такая конференция проводится впервые в мировой истории, а не только нашей страны. Она организуется совместно Министерством здравоохранения РФ и ВОЗ, на неё приглашены министры здравоохранения 194 стран мира, входящих в ВОЗ, а не только стран с высоким бременем этого заболевания. Обусловлено это тем, что среди инфекционных заболеваний туберкулёз после ВИЧ-инфекции по-прежнему является одной из лидирующих причин смертности во всём мире.

Традиционно сильными сторонами у нас были всеобщее флюорографическое обследование взрослого населения и всеобщее обследование детей с помощью кожных тестов, в том числе новых. В мире подобного опыта не имеется. Там туберкулёз выявляют уже бациллярный, и по обращению. У нас меры скрининга направлены на то, чтобы выявить туберкулёз на незаразной стадии, в малой форме, когда он ещё никак не проявляется, чтобы эффективность лечения была выше и не было распространения заболевания.

Возможно, изюминкой конференции станет широкое внимание к развитию научных исследований и инноваций во фтизиатрии. Ведь

24 марта – Всемирный день борьбы с туберкулёзом

Подавить смертоносную инфекцию

Впервые в истории Россия готовится стать площадкой передовых проектов во фтизиатрии



чения таких пациентов. Прежде она всегда была незначительной – ниже 40%. В 2016 г. эффективность лечения больных туберкулёзом с МЛУ повысилась до 50,2%. И хотя мы стремимся к достижению целевого показателя в 70%, нынешний результат показателен. Отчего эффективность столь низка? Дело в том, что существенную долю больных с МЛУ составляют пациенты с широкой лекарственной устойчивостью (ШЛУ). А, как

– Согласно последним официальным данным, в 2015 г. в мире туберкулёзом заболели 10,4 млн человек, в том числе 1 млн детей. Умерли – 1,8 млн, в том числе 210 тыс. детей. При этом ВОЗ отмечает, что на земном шаре 3 млн невыявленных больных, которые являются распространителями заболевания. Вот почему наш опыт, в частности по организации скрининговых обследований, нашёл отклик в этой авторитетной организации. Раньше такой подход отрицался, перед специалистами стояла цель выявлять только заразные формы. Нынешняя реальная угроза смертоносной инфекции заставляет пересмотреть прежде существовавшие подходы.

И тут как нельзя кстати пришёл российский опыт активного выявления заболевания ещё до того, как заразная форма проявила себя. Мировое сообщество осознало, что гораздо эффективнее и дешевле не ждать, когда появятся симптомы и пациент сам обратится к врачу, а заниматься активным выявлением больных. Как раз сейчас в ВОЗ рассматриваются новая тактика, разрабатываются рекомендации по проведению активного выявления. В России же накоплен огромный опыт в этом сегменте. Не случайно ВОЗ приняла решение провести в Москве глобальную министерскую

ЭКСПЕРТ

Мелита ВУЙНОВИЧ, представитель ВОЗ в Российской Федерации:

– Всемирная организация здравоохранения всецело поддержала идею проведения Глобальной конференции по туберкулёзу именно в Москве и сейчас активно участвует в её подготовке. По нашему мнению, работа, проводимая Правительством РФ по усилению борьбы с туберкулёзом, заслуживает самой высокой оценки. Безусловно, результаты достигнуты существенные как в снижении смертности, так и заболеваемости туберкулёзом, и в достижении коротких сроков. У Российской Федерации и ВОЗ вызывает особую озабоченность распространение туберкулёза с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя, и мы вместе работаем в этом направлении.

Конференция, в которой планируется участие представителей высокого ранга из большинства стран мира, обеспечит трибуну для обмена опытом и обсуждения дальнейших вызовов. Кроме того, она должна продемонстрировать серьёзность стоящей задачи, роль России в международных усилиях по ликвидации туберкулёза и служить для дальнейшего укрепления международного сотрудничества и взаимодействия в этой сфере.

В стартовавшей в 2016 г. новой программе – так называемых Целях устойчивого развития, которые определены ООН, – обозначена наша общая цель – здоровье населения. Учитывая, что туберкулёз является существенным препятствием в достижении цели сохранения здоровья, и было принято решение провести такую конференцию. Мировое сообщество осознаёт, что для достижения целей устойчивого развития в решении проблемы туберкулёза необходим межведомственный, межсекторальный, междисциплинарный подход. Поэтому уже в ближайшей перспективе возможен запуск резонансных международных проектов.

Сообща мы поставим новые цели, задачи и определим пути их достижения. Что касается наших болезненных моментов, особое внимание будет уделено усиленным действиям в отношении сочетанной инфекции ТБ/ВИЧ, определению действий в отношении глобальной антимикробной резистентности, безопасности здоровья с акцентом на множественную лекарственную устойчивость туберкулёза. Большое внимание будет уделено синергии, координации действий между специалистами, занимающимися туберкулёзом, и специалистами по неинфекционным заболеваниям.

– Приведите примеры инициатив, прогрессивного опыта, которые отечественная фтизиатрия может продемонстрировать зарубежным партнёрам.

– Мы много что можем продемонстрировать коллегам, прежде всего в организационном плане. В первую очередь – всеобщую доступность к лечению, диагностике, профилактике. В нашей стране это право человека всегда неуклонно соблюдалось.

Коснёмся, например, опыта проведения скрининговых обследований.

для того чтобы ликвидировать туберкулёз, нужны новые методы профилактики, диагностики и лечения. Всё, что имеется в арсенале специалистов сегодня, бесспорно, позволяет нам добиваться существенных успехов. Однако чтобы ликвидировать туберкулёз, нужны принципиально новые технологии – быстрые методы диагностики туберкулёзной лекарственной устойчивости, современные препараты, действенные методы профилактики, новейшие методики лечения – более эффективные, менее болезненные, длительные и токсичные.

– Готовы ли наши фтизиатры к достижению целей, которые поставит глобальная министерская конференция по борьбе с туберкулёзом?

– В последние годы наше фтизиатрическое сообщество сплотилось, консолидировалось, и я могу ответственно сказать, что да, готовы.

Министерская конференция, думаю, принесёт несомненную пользу для всех фтизиатров страны. А в глобальном плане станет консолидирующей платформой, на которой будут проработаны, сформулированы, согласованы со всеми странами-членами ВОЗ итоговые положения и планы, которые впоследствии могут быть представлены мировой общественности на заседании высокого уровня в Генеральной ассамблее ООН. Это заседание, посвящённое проблеме туберкулёза, пройдёт в 2018 г. Так что конференция послужит площадкой, которая представит мировому сообществу действенный, комплексный, согласованный план, или инструмент по элиминации туберкулёза в мире.

Беседу вёл
Александр ИВАНОВ,
обозреватель «МГ».

Современная минимально инвазивная хирургия немислима без лазерных технологий. Более полувека прошло от начала пионерских исследований академиком Александром Прохоровым и Николаем Басовым по разработке принципа квантового усиления световых волн и созданию оптического квантового генератора. С тех пор развитие медицины стало неразрывно связано с внедрением лазерных технологий диагностики и лечения, имеющих очевидные преимущества перед традиционными инструментальными методиками и позволяющих реализовывать эффекты светового воздействия на биологическую ткань на более высоком уровне.

Излучая эффект

За прошедшие 50 лет в медицинскую практику были внедрены лазеры-коагуляторы, фотодеструкторы, технологии фотодинамической терапии, транспульлярной термотерапии, лазерной абляции, лазерной стимуляции, оптической когерентной томографии, лазерной микроскопии и другие методики. Событием мирового значения стали работы академиков М.Краснова и А.Прохорова, которые положили начало применению короткоимпульсного излучения в медицине. Лазерные терапия и хирургия – наиболее перспективные и эффективные отрасли медицинской науки. Короткие импульсы рубинового и неодимового лазеров впервые позволили производить фотодеструкцию ткани без её теплового коллатерального повреждения. М.Красновым была создана оригинальная отечественная школа лазерных хирургов, в числе которых ныне известные имена профессоров В.Акопяна, А.Болдынова, П.Сапрыкина, Ю.Переслыгина. Новаторские идеи академика М.Краснова явились стимулом к дальнейшему развитию короткоимпульсной лазерной техники в

В клиниках и лабораториях

Внедряясь в ткани

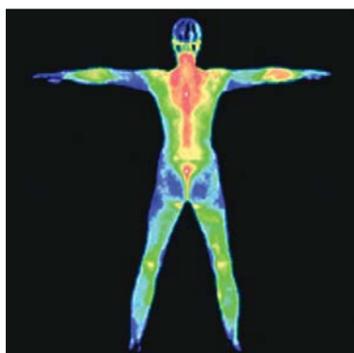
Современные оптические квантовые генераторы в медицине

мире. Ультракороткие импульсы позволяют создавать в фокусе оптической системы очень высокую плотность мощности, порядка 1010 Вт/см² и выше. В облучаемой ткани возникает оптический пробой (в англоязычной литературе – optical breakdown), лежащий в основе плазмоиндуцированной абляции и фотодеструкции. При этом вероятность термического повреждения ткани практически исключена, так как её нагрев за время ультракороткого импульса развивается не успеваает.

Лазерная терапия подразумевает возможность бесконтактного воздействия, что обеспечивает стерильность и минимальный побочный болевой и деструктивный эффекты и отличается гуманистической направленностью.

Инфракрасное излучение короткоимпульсных лазеров не задерживается оптически прозрачными средами, поэтому оно может быть сфокусировано в любой точке как на поверхности, так и внутри ткани.

Воздействие лазерного излучения на кислород является одним из важных свойств, обуславливающих комплексность биохимических реакций в тканях. Известно, что фотомолекулярные реакции, возбуждаемые в клетках под действием лазерного излучения, запускают терапевтический процесс в тканях. Предполагают, что механизм первичных процессов, приводящих к ФДТ, представляется следующим образом: молекула фотосенсибилизатора, поглотив квант света, переходит в возбуждённое три-



плетное состояние, энергия которого переходит на внутриклеточные молекулы кислорода в тканях с образованием молекулярного синглетного кислорода.

Благодаря высокой окислительной активности синглетный кислород вступает в химические реакции с биологическими структурами, в частности окисляет молекулы ароматических аминокислот и разрушает мембранные структуры, запуская реакцию перекисного окисления липидов в клетке или околоклеточном пространстве. Деструкция биологических субстратов приводит также к образованию свободных радикалов, обладающих вторичным повреждающим действием на клетку.

Вездесущий кислород

Синглетный кислород – сильный окислитель, который вызывает гибель клеток при повышенных концентрациях. Это является индикатором

ром механизма фотодинамических реакций. Возбуждение синглетного кислорода происходит через фотосенсибилизатор, который предварительно вводится в организм и накапливается в патогенных тканях. Прямое возбуждение кислорода возможно при возбуждении достаточно интенсивным излучением вблизи 1270 нм с использованием ультракоротких импульсов. За счёт малого времени жизни и высокой мощности лазерных импульсов за время электронного перехода в молекуле кислорода с определённой вероятностью происходит суммирование энергии двух и даже трёх лазерных фотонов, приводящее к заселению синглетного состояния кислорода в тканях.

Возможность проведения фотодинамической терапии в тканях без применения фотосенсибилизаторов путём прямой генерации синглетного кислорода видится нам наиболее перспективной технологией в современной медицине.

В экспериментах было доказано, что генерация синглетного кислорода с использованием лазерного излучения возможна и без сенсибилизаторов при использовании узкополосного квазимонохроматического излучения с определённой длиной волны в инфракрасном диапазоне, соответствующем максимуму поглощения молекулярного кислорода в водных средах.

Акцептором фотонов лазерного излучения в тканях, запускающих биологические эффекты, является молекула кислорода. Присутствуя во всех живых биосистемах, кис-

лород является неспецифическим первичным фотоакцептором. Это объясняет терапевтические эффекты лазерного излучения при проведении хирургических вмешательств с использованием инфракрасного лазерного наносекундного импульсного излучения в диапазоне 1260-1270 нм – биостимулирующий эффект, быстрая регенерация тканей, безболезненность хирургического вмешательства.

Именем фотодинамики

К настоящему моменту нами осуществлена разработка прототипа диодного лазерного генератора с уникальными параметрами.

Данный лазерный аппарат может использоваться в ежедневной практике врачей при проведении различных хирургических вмешательств в челюстно-лицевой области, а также терапии одонтогенных воспалительных заболеваний и патологии слизистой оболочки полости рта.

Предварительные результаты экспериментов, проведённых на базах Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова, позволяют внести благоприятный прогноз, что будущее лазерных технологий применимо не только в хирургии, но и для комплексного воздействия на ткани организма с использованием бесконтактных методик. Перспективным направлением развития этих инновационных лазерных технологий является и возможное внедрение лазеров в робототехнические комплексы для обеспечения малоинвазивной хирургии и терапии различных заболеваний, в том числе патологии органов головы и шеи.

Эрнст БАЗИКЯН,
заведующий кафедрой хирургии полости рта Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова, профессор, заслуженный врач РФ.

ВИКЕЙРА ПАК – НЕПОДДЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ

- 99,7% УВО у больных с генотипом 1b^{1,2,3}
- Высокая эффективность, подтвержденная в реальной практике^{4,5,6}
- Более 1500 пациентов, получивших лечение в РФ⁷
- Простой режим терапии⁸
- Все компоненты в одной упаковке⁹



Краткая инструкция по применению Викайра Пак, декабрь 2016

МНН: Дасабувир; омбитасвир + паритапревир + ритонавир. **Фармакотерапевтическая группа:** противовирусное средство, код АТХ J05A. **Лекарственная форма:** набор таблеток, содержащий: Дасабувир — овальные таблетки, покрытые пленочной оболочкой розового цвета с гравировкой «AV1» на одной стороне, 250 мг; Омбитасвир + Паритапревир + Ритонавир — продолговатые двояковыпуклые таблетки, покрытые пленочной оболочкой розового цвета с гравировкой «AV2» на одной стороне, 250 мг; Омбитасвир + Паритапревир + Ритонавир — продолговатые двояковыпуклые таблетки, покрытые пленочной оболочкой розового цвета с гравировкой «AV1» на одной стороне, 125 мг + 75 мг + 50 мг. **Показания к применению:** хронический гепатит С генотипа 1, включая пациентов с компенсированным циррозом печени в сочетании с рибавирином или без него. Нет необходимости в коррекции дозы препарата Викайра Пак в зависимости от возраста, пола, массы тела, расы и этнической принадлежности. **Противопоказания:** гиперчувствительность к омбитасвиру, паритапревиру, ритонавиру, дасабувиру или любым вспомогательным веществам препарата; средняя и тяжелая степень печеночной недостаточности (классы В и С по шкале Чайлд-Пью); противопоказания к применению рибавирина (при совместном применении препарата Викайра Пак и рибавирина); одновременное применение с субстратами, индукторами, ингибиторами и прераторами метаболизму, содержащими изоферменты CYP3A4, ингибиторами ингибиторами протазы ВИЧ (дуранами, ритонавирами в фиксированной комбинации, детский возраст до 18 лет, дефицит лактазы, непереносимость галактозы, глюкозо-галактозная мальабсорбция. Вся информация по противопоказаниям приведена в полной инструкции по медицинскому применению. **С осторожностью:** совместное применение препарата Викайра Пак и флутиказона или других глюкокортикостероидов, которые метаболизируются с участием изофермента CYP3A4, антиаритмическими препаратами, бепридиллом, дизопирамидом, флеканидом, лидокаином (системное введение), мексилетином, эритромицином, дигиталином, сульфасалазином, тразодолом, фексофенадином, диферазироксом, терифлунонимом. **Беременность и лактация:** одновременный прием препарата Викайра Пак с рибавирином противопоказан беременным, а также женщинам, чьи партнерши беременны. Не следует применять схему лечения с использованием рибавирина до тех пор, пока непосредственно перед началом терапии не будет получен отрицательный результат теста на беременность. **Способ применения и дозы:** Викайра Пак следует принимать внутрь во время еды, независимо от жирности или калорийности пищи. Перед началом терапии препаратом Викайра Пак необходимо исключить декомпенсацию функции печени на основании лабораторных и клинических признаков. Рекомендуемая доза препарата Викайра Пак включает две таблетки омбитасвира/паритапревира/ритонавира 125/75/50 мг один раз в день (утром) и одну таблетку дасабувира 250 мг два раза в день (утром и вечером).

Генотип 1a, без цирроза	Викайра Пак + рибавирин	12 недель
Генотип 1a, с циррозом	Викайра Пак + рибавирин	24 недели*
Генотип 1b, без цирроза	Викайра Пак	12 недель
Генотип 1b, с компенсированным циррозом, класс А по классификации Чайлд-Пью	Викайра Пак	12 недель

Рекомендуется следовать режиму дозирования для генотипа 1a у больных с неизвестным подтипом генотипа 1 или генотипом 1 смешанного типа. * Схема применения препарата Викайра Пак в комбинации с рибавирином в течение 12 недель может быть рассмотрена для некоторых пациентов на основе предшествующей терапии. У пациентов после трансплантации печени курс терапии Викайра Пак в комбинации с рибавирином составляет 24 недели, независимо от генотипа ВГС 1 подтипа при нормальной функции печени и стадии фиброза по шкале Metavir – 2 и менее. При применении препарата Викайра Пак с ингибиторами кальциевых каналов необходима коррекция дозы ингибиторов кальциевых каналов. Дозы рибавирина, подобранные индивидуально и составляли от 600 мг до 800 мг в день. У пациентов с комбинацией ВГС/ВИЧ-1 следует выполнять стандартные рекомендации по режиму терапии. Рекомендации по сопутствующей противовирусной терапии ВИЧ-1 представлены в разделе «Взаимодействие с другими лекарственными препаратами». **Пропуск приема препарата:** в случае пропуска приема таблетки, содержащей омбитасвир + паритапревир + ритонавир, назначенная доза может быть принята в течение 12 часов после запланированного времени. В случае пропуска приема таблетки, содержащей дасабувир, назначенная доза может быть принята в течение 6 часов после запланированного времени. В случае, если прошло более 12 часов с запланированного времени приема таблетки, содержащей омбитасвир + паритапревир + ритонавир или более 6 часов после запланированного времени приема таблетки, содержащей дасабувир, пропущенные дозы не принимаются, и пациент должен принять следующую дозу согласно обычной графике приема препарата. **Побочные действия:** оценка безопасности основана на объединенных данных фазы 2 и 3 клинических испытаний более чем у 2600 пациентов, получавших препарат Викайра Пак с рибавирином или без него. У пациентов, получавших препарат Викайра Пак в сочетании с рибавирином, наиболее часто наблюдавшимися побочными реакциями (более чем у 20 % пациентов) были усталость и тошнота. Количество пациентов, полностью прекративших лечение из-за побочных реакций, составило 1,2 % (25/2044), 1,3 % (27/2044) пациентов прекратили лечение из-за побочных эффектов. 7,7 % (158/2044) пациентов потребовалось снизить дозы рибавирина вследствие возникновения побочных реакций. Профиль безопасности препарата Викайра Пак и рибавирина у пациентов с циррозом был таким же, что и у пациентов без цирроза. У пациентов в клиническом исследовании, получавших препарат Викайра Пак без рибавирина, единственной зафиксированной побочной реакцией был зуд. Количество пациентов, полностью прекративших лечение из-за побочных реакций, составило 0,3 % (2/588), 0,5 % (3/588) пациентов сделали перерыв в лечении из-за побочных реакций. Во время пострегистрационного использования препарата Викайра Пак были выявлены реакции гиперчувствительности (включая ангионевротический отек), декомпенсация функции печени, печеночная недостаточность. Для получения подробной информации о побочных эффектах, пожалуйста, обратитесь к полной инструкции по медицинскому применению. **Лекарственные взаимодействия:** информация о лекарственных взаимодействиях можно найти в полной инструкции по применению. Список препаратов, противопоказанных к применению с препаратом Викайра Пак, указан в разделе «Противопоказания». **Особые указания:** в ходе клинических исследований препарата Викайра Пак с рибавирином или без рибавирина примерно в 1 % случаев наблюдалось временное повышение активности АЛТ более чем в 5 раз выше верхней границы нормы. Биохимические показатели печени следует измерять в течение первых 4 недель терапии и, если показатели активности АЛТ в сыворотке превышают верхнюю границу нормы, то необходимо повторно провести исследование и далее контролировать активность АЛТ таких пациентов. У пациентов с комбинацией ВГС/ВИЧ-1, которые получают курс терапии препаратом Викайра Пак, следует также проводить антиретровирусную терапию, направленную на уменьшение риска развития резистентности к ингибиторам протазы ВИЧ-1. Для пациентов с циррозом печени необходимо отслеживать возможные клинические признаки декомпенсации функции печени, например, асцит, печеночная энцефалопатия, кровотечения из варикозно расширенных вен; лабораторные показатели функции печени, в том числе, концентрация прямого билирубина, следует оценивать перед началом терапии и в течение первых 4 недель после начала лечения, а также при наличии клинических показаний отметить препарат Викайра Пак у пациентов с признаками декомпенсации функции печени. Не требуется коррекция дозы препарата Викайра Пак у пациентов с легкой, средней и тяжелой степенью печеночной недостаточности. **Влияние на способность управлять транспортными средствами, механизмами:** пациенты должны быть проинформированы, что при применении препарата Викайра Пак в сочетании с рибавирином наблюдалось нежелательное явление усталость. **Хранить** при температуре не выше 25 °С. **Срок годности:** 2 года. **Условия отпуска:** по рецепту. **Владелец регистрационного удостоверения:** ООО «Збевин», Россия, 125171, г. Москва, Ленинградское шоссе, д. 16 А, стр. 1. **Производитель:** Дасабувир – таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 250 мг; Омбитасвир + Паритапревир + Ритонавир – таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 125 мг + 75 мг + 50 мг; Фурные Лаборатории Абиладе Лимитед, Ирландия; Эннорув, Карриватхолл, Ко. Корк, Ирландия. **Фасовщик:** Збевин Инк, США 32 Н. Вокенг Роуд, Норт-Чикаго, Иллинойс 60064, США. **Упаковщик и выпускающий контроль качества:** Збевин Инк, США 32 Н. Вокенг Роуд, Норт-Чикаго, Иллинойс 60064, США или ЗАО «ОРТАТ», Россия, 157092, Костромская обл., Суванский р-н, с. Северное, мкр-н Харитоново, тел./факс (4942) 650-806. **Регистрационное удостоверение:** ЛП-002965 от 21.04.2015. Полную информацию о препарате можно найти в зарегистрированной инструкции по применению препарата Викайра Пак или обратившись по адресу: 125047, г. Москва, ул. Лесная, д.7, БЦ «Белые Сады», здание «А», тел. +7 495 258 42 77, факс +7 495 258 42 87, e-mail: Russia.info@abbvie.com

1. Andreone P, et al. ABT-450, ritonavir, ombitasvir, and dasabuvir achieves 97% and 100% sustained virologic response with or without ribavirin in treatment-experienced patients with HCV genotype 1b infection. Gastroenterology 2014; 147:355–365.
 2. Ferenc P, et al. ABT-450, ombitasvir and dasabuvir with or without ribavirin for HCV. N Engl J Med 2014; 370:1983–1992.
 3. Poordad F, Hezode C, Trinh R, et al. ABT-450/ombitasvir and dasabuvir with ribavirin for hepatitis C with cirrhosis. N Engl J Med. 2014;370:1973–1982.
 4. Londoño MC, et al. 41st Congreso Anual AEEH, 17-19 Feb, 2016, Madrid, España, P#114.
 5. Preebo C, et al. 41st Congreso Anual AEEH, 17-19 Feb, 2016, Madrid, España, P#95.
 6. Christensen S, et al. German Hepatitis C Cohort (GECOC) COC 2016, poster presentation)
 7. По данным аудита фармацевтического рынка IMS Health и мониторинга тендеров Курсор за 2015-1 кв. 2016. Из расчета 3 упаковки препарата Викайра Пак на 1 пациента
 8. 12 недель при Г1-1b, 12 недель + РВВ при Г1-1a без цирроза, 24 недели + РВВ при Г1-1a после трансплантации печени и Г1a* с циррозом печени.
 9. Дасабувир; омбитасвир + паритапревир + ритонавир



КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 20 (2050)

Аутоиммунный гепатит (АИГ) – хроническое заболевание печени неизвестной этиологии, характеризующееся перипортальным или более обширным воспалением и протекающее со значительной гипергаммаглобулинемией и появлением в сыворотке широкого спектра аутоантител. Современные представления о патогенезе АИГ предусматривают взаимодействие факторов окружающей среды, нарушения механизмов иммунной толерантности и генетической предрасположенности. Это взаимодействие индуцирует Т-клеточные иммунные реакции против антигенов гепатоцитов, что ведёт к развитию прогрессирующих некрвоспалительных и фибротических изменений в печени.

АИГ рассматривается как относительно редкая болезнь: его распространённость в Европе и США составляет 3-17 случаев на 100 тыс. населения, а ежегодная заболеваемость – 0,1-1,9 случаев на 100 тыс. Таким образом, в РФ количество этих пациентов, по приблизительным подсчётам, составляет 10-20 тыс. Это сопоставимо с распространённостью других аутоиммунных заболеваний – первичного билиарного цирроза, системной красной волчанки, миастении гравис и др. По данным европейской и североамериканской статистики, больные АИГ составляют до 20% всех больных хроническим гепатитом. «Криптогенный» цирроз, развившийся через несколько лет после дебюта «гепатита неуточнённой этиологии», при целенаправленном обследовании во многих случаях демонстрирует определённые признаки АИГ.

Скрининг

Скрининговое обследование на АИГ не проводится ввиду относительной редкости заболевания и отсутствия надёжных скрининговых маркеров. Вместе с тем АИГ следует включать в круг дифференциального диагноза в случаях любого гепатита неуточнённой этиологии, а также известной этиологии при атипичном течении, принимая во внимание возможность развития перекрёстных синдромов. Следует учитывать, что женщины болеют чаще мужчин (3-4 : 1).

Диагностика

Диагностические критерии АИГ и система оценки были разработаны Международной группой по изучению АИГ (IAIGH) в 1993 г. и пересмотрены в 1999 г. (табл. 1).

Диагностика и лечение аутоиммунного гепатита

Федеральные клинические рекомендации

Пересмотренная международная система оценки была создана специально для проведения клинических исследований, чтобы их можно было сравнивать между собой (табл. 2); также она может быть применима в диагностически неясных случаях, когда описательных критериев, приведённых в таблице 1, недостаточно (Уровень В).

В оценочную систему включён ответ на иммуносупрессивную терапию, и этот показатель можно интерпретировать как до, так и после лечения. Если сумма баллов до лечения составила 10 и выше, после лечения – 12 и выше, то можно говорить о «вероятном» АИГ. Суммарный показатель до лечения 10 баллов имеет чувствительность 100%, специфичность 73% и диагностическую точность 67%. Суммарный показатель до лечения 15 баллов свидетельствует об «определённом» АИГ: чувствительность 95%, специфичность 97%, диагностическая точность – 94%.

В 2008 г. были предложены упрощённые диагностические критерии АИГ, включающие наличие аутоантител, повышение сывороточного IgG, гистологические признаки и отсутствие маркеров вирусных гепатитов (табл. 3). Следует принимать во внимание, что, с одной стороны, выбранные показатели характеризуются довольно высокой

чувствительностью и специфичностью, с другой – «укороченный перечень» повышает вероятность диагностической ошибки, как, например, в случае алкогольного или лекарственного гепатита (Уровень С).

Клинические, лабораторные и гистологические критерии

Для установления диагноза АИГ необходимо наличие определённых клинических и лабораторных признаков, а также исключение других причин, которые могут вызывать развитие хронического гепатита или цирроза печени. Необходимо уточнить количество потребляемого алкоголя и применение гепатотоксичных препаратов. При оценке лабораторных показателей следует обратить внимание на изменения в пока-

зателях АЛТ, АСТ, ЩФ, уровня альбумина, γ -глобулинов, IgG и билирубина. АИГ может протекать бессимптомно в 34-45% случаев. Как правило, эти пациенты – мужчины, уровень АЛТ у них значительно ниже в момент дебюта заболевания, чем у пациентов с клиническими проявлениями. Гистологические изменения, включая частоту перехода в цирроз, одинаковы как у бессимптомных больных, так и у пациентов с клиническими проявлениями. Учитывая тот факт, что у 70% бессимптомных пациентов в дебюте по мере прогрессирования болезни развиваются клинические проявления, эта группа должна находиться под тщательным наблюдением.

(Окончание следует.)

Таблица 2.

Международная система оценки для диагностики АИГ (IAIGH, 1999)

Пол	Женский	+2
Соотношение ЩФ : АСТ (или АЛТ)	> 3	-2
	< 1,5	+2
Уровень γ -глобулинов или IgG выше нормы	> 2,0	+3
	1,5-2,0	+2
	1,0-1,5	+1
	< 1,0	0
Титр ANA, SMA или анти-LKM-1	> 1 : 80	+3
	1 : 80	+2
	1 : 40	+1
	< 1 : 40	0
AMA	Положительные	-4
Маркеры вирусных гепатитов	Положительные	-3
	Отрицательные	+3
Приём гепатотоксических препаратов	Да	-4
	Нет	+1
Употребление алкоголя	< 25 г/день	+2
	> 60 г/день	-2
HLA	DR3 или DR4	+1
Другие аутоиммунные заболевания	Тиреодит, язвенный колит и др.	+2
Другие маркеры	Анти-SLA, антиактиновые, анти-LC1, pANCA	+2
Гистологическая картина	Межуточный (перипортальный) гепатит	+3
	Лимфоплазматитарная инфильтрация со значительным количеством плазматических клеток	+1
	«Розетки»	+1
	Ничего из перечисленного	-5
	Повреждение желчных протоков	-3
Другие признаки	Другие признаки	-3
	Полный	+2
	Рецидив	+3
Сумма баллов, определяющая диагноз		
До лечения		> 15
Определённый		10-15
Вероятный		
После лечения		> 17
Определённый		12-17
Вероятный		

Таблица 1.

Диагностические критерии АИГ (IAIGH, 1999)

Критерии	Определённые	Возможные
Гистологическая картина печени	Перипортальный гепатит с умеренной и выраженной активностью с лобулярным гепатитом или без него, либо с наличием центропортальных мостовидных некрозов, но без поражения желчных протоков, чётко определяемых гранулём или других заметных изменений, предполагающих другую этиологию	Аналогично «определённому»
Биохимические сдвиги	Повышение активности сывороточных аминотрансфераз сыворотки, особенно (но не исключительно) при незначительном повышении ЩФ. Нормальное содержание в сыворотке α 1-антитрипсина, меди и церулоплазмينا	Аналогично «определённому», но могут быть включены больные с изменённым содержанием меди или церулоплазмينا, если соответствующими исследованиями исключена болезнь Вильсона
Сывороточные иммуноглобулины	Общие глобулины, или γ -глобулины, или IgG более чем в 1,5 раза выше нормального уровня	Любое повышение уровня общих глобулинов, или γ -глобулинов, или IgG
Сывороточные аутоантитела	Серопозитивность по ANA, SMA или анти-LKM-1 в титре более 1 : 80. Низкие титры (особенно по анти-LKM-1) могут быть у детей. Серонегативность по AMA	Аналогично «определённому», но титр более 1 : 40. Могут быть включены пациенты серонегативные по этим антителам, но позитивные по другим специфическим антителам
Вирусные маркеры	Серонегативность по маркерам вирусов гепатитов А, В и С	Аналогично «определённому»
Другие этиологические факторы	Потребление алкоголя менее 25 г/сут. В анамнезе нет недавнего приёма гепатотоксичных препаратов	Потребление алкоголя менее 50 г/сут, нет сведений о недавнем применении гепатотоксических лекарств. Могут быть включены пациенты, которые употребляли большее количество алкоголя и потенциально гепатотоксические препараты, если доказано повреждение печени после отказа от алкоголя и отмены лекарств

Таблица 3.

Упрощённые диагностические критерии АИГ

Критерии	Значения	Баллы
ANA или ASMA	\geq 1 : 40	1
ANA или ASMA или LKM-1	\geq 1 : 80	2
или SLA	\geq 1 : 40	2
IgG	+	2
	выше нормы	1
	> 1,1 нормы	2
Гистологическая картина	вероятный АИГ	1
	типичный АИГ	2
	атипичный АИГ	0
Маркеры вирусных гепатитов	-	2

Определённый АИГ \geq 7 баллов
Вероятный АИГ \geq 6 баллов

(Окончание. Начало в № 19 от 22.03.2017.)

Глюкокортикостероиды и нестероидные противовоспалительные препараты

Так называемые стрессовые (или малые/средние) дозы глюкокортикостероидов (ГКС) могут быть эффективны у больных с рефрактерным септическим шоком и с ранней фазой ОРДС (В). Положительная роль же ГКС при тяжёлых формах вирусной инфекции А/Н1N1 без рефрактерного сепсиса/раннего ОРДС не подтверждена опытом сезона эпидемии 2009-2010 гг.

При гриппе следует избегать назначения салицилатов (аспирина и продуктов, содержащих аспирин) детям и молодёжи (моложе 18 лет) вследствие риска развития синдрома Рейе. Предпочтение имеют парацетамол или ацетаминофен, назначаемые перорально или в виде свечей.

N-ацетилцистеин

Одним из важных звеньев патогенеза ОРДС, в том числе и вследствие тяжёлого гриппа, является окислительное повреждение структур лёгких, то есть повреждение, вызываемое активными формами кислорода (свободными радикалами). Одним из немногих лекарственных препаратов, способных увеличить эндогенный пул GSH, является N-ацетилцистеин (NAC). В ряде рандомизированных клинических исследований было показано, что назначение больным ОРДС высоких доз NAC (40-150 мг/кг веса в сутки) ускоряет разрешение ОРДС, повышает индекс оксигенации и уменьшает длительность респираторной поддержки (С).

Кислородотерапия

Главной задачей лечения острой дыхательной недостаточности (ОДН) является обеспечение нормальной оксигенации организма, так как выраженная гипоксия обладает потенциально летальными эффектами.

Согласно рекомендациям ВОЗ 2009 г, «в ходе приёма... и на регулярной основе во время последующего лечения госпитализированных пациентов необходимо по возможности контролировать с помощью пульсоксиметра степень насыщения кислородом (SpO₂). В целях устранения гипоксемии следует производить терапию кислородом» (D). Показаниями к O₂-терапии является PaO₂ < 60 мм рт.ст. или Sa(p)O₂ < 90% (при FiO₂ = 0.21, т.е. при дыхании воздухом). Считается оптимальным поддержание Sa(p)O₂ в пределах 88-95% или PaO₂ – в пределах 55-80 мм рт.ст. В некоторых клинических ситуациях, например во время беременности, целевой уровень Sa(p)O₂ может быть повышен до 92-95%. При проведении кислородотерапии, кроме определения показателей Sa(p)O₂ и PaO₂, желательны также исследовать показатели напряжения углекислоты в артериальной крови (PaCO₂) и pH. Необходимо помнить, что после изменения режимов кислородотерапии стабильные значения газов крови устанавливаются только через 10-20 минут, поэтому более ранние определения газового состава крови не имеют значения.

Респираторная поддержка

Подавляющее большинство пациентов с ОДН нуждаются в проведении интубации трахеи и искусственной вентиляции лёгких (ИВЛ) (А). Задачи респираторной поддержки больных с ОДН, вызванной гриппом:

- коррекция нарушений газообмена (достижение PaO₂ в пределах 55-80 мм рт.ст., Sa(p)O₂ – 88-95%);
- минимизация риска развития баро- и волюмотравмы;
- оптимизация рекрутирования альвеол;
- раннее отлучение больного от респиратора;
- проведение комплекса специальных мероприятий, направленных на ограничение риска распространения вируса от больного к персоналу и другим больным.

Во время пандемии вируса гриппа А/Н1N1/09 накоплен опыт применения протективной вентиляции лёгких с использованием малых V_T и подхода «открытого лёгкого», данная стратегия была выбрана для профилактики ВИПЛ (А). Так, среди когорт больных, описанных в Канаде и США, от 68 до 80% больных получали респираторную поддержку в режимах pressure control или assist control с целевым VT (=6 мл/кг) и P_{PLAT} < 30-35 см H₂O.

Принципы респираторной поддержки при ОРДС, вызванном вирусом гриппа, представлены в таблице 2.

Неинвазивная вентиляция лёгких

В отличие от традиционной респираторной поддержки неинвазивная вентиляция лёгких (НВЛ), то есть вентиляционное пособие без постановки искусственных дыхательных путей (интубационной или трахеостомической трубок), позволяет избежать развития многих инфекционных и механических осложнений, в то же время обеспечивая эффективное восстановление газообмена и достижение разгрузки дыхательной мускулатуры у больных с ОДН. Во время НВЛ взаимосвязь пациент-респиратор осуществляется при помощи носовых или лицевых масок, больной находится в сознании, и, как правило, не требуется применения седативных и

Диагностика и лечение тяжёлых форм гриппа. Национальные рекомендации

миорелаксирующих препаратов. Следует подчеркнуть, что для проведения НВЛ необходим строгий отбор больных ОРДС, главными критериями являются сохранение сознания и кооперативность больного, а также стабильная гемодинамика.

Несмотря на то, что НВЛ может успешно применяться в качестве метода респираторной поддержки у небольшой группы больных ОРДС (С), существуют определённые опасения относительно возможности использования НВЛ у больных гриппом. НВЛ представляет собой респираторную поддержку с утечкой, и поэтому из контура респиратора в окружающую среду от больного может поступать аэрозоль, содержащий вирус гриппа, что является прямой угрозой заражению медицинского персонала.

Согласно рекомендациям Европейского респираторного общества, НВЛ не рекомендуется в качестве альтернативы инвазивной вентиляции для больных с пневмонией/ОРДС, вызванными вирусом гриппа А/Н1N1/09, то есть при тяжёлой гипоксемической ОДН.

В контексте гриппа НВЛ может рассматриваться:

- для предотвращения дальнейшего ухудшения и потребности в интубации у пациентов с острой гиперкапнической ОДН средней и лёгкой степеней тяжести из-за обострения хронических лёгочных заболеваний, вторичных по отношению к гриппозной инфекции, при отсутствии пневмонии, рефрактерной гипоксемии и полиорганной недостаточности;
- для предотвращения дальнейшего ухудшения и потребности в интубации у пациентов, инфицированных вирусом гриппа с ОДН и/или дистресс-синдромом вследствие кардиогенного отёка лёгких, при отсутствии пневмонии, рефрактерной гипоксемии и полиорганной недостаточности;
- для предотвращения пост-интубационной ОДН у пациентов с ОРДС, вторичным по отношению к гриппозной инфекции, преимущественно в тех случаях, когда пациент уже больше не заражён.

Дополнительные методы улучшения оксигенации

Ведение наиболее сложных случаев ОРДС, при которых предложенные методы респираторной поддержки не позволяют добиться необходимых уровней оксигенации, или альвеолярной вентиляции, или

ограничения риска баро- и волюмотравмы, в первую очередь должно быть основано на индивидуальном анализе каждого клинического случая. В ряде ОРД при условии доступности технического оборудования и опыта персонала, кроме респираторной поддержки, у больных гриппом с крайне тяжёлой гипоксемией использовались такие методы терапии, как манёвры рекрутирования (С), высокочастотная осцилляторная вентиляция (D), экстракорпоральная мембранная оксигенация (С), ингаляционный оксид азота (D) и прональная позиция (В).

Экстракорпоральная мембранная оксигенация

Крайне тяжёлые случаи ОРДС могут потребовать проведения **экстракорпоральной мембранной оксигенации (ЭКМО)** (С). Быстрота прогрессирования ОРДС у больных с гриппом диктует необходимость осуществить заблаговременный контакт с центром, располагающим возможностями проведения ЭКМО. ЭКМО проводится в отделениях, имеющих опыт использования данной технологии: стационары, в которых есть специалисты, в том числе хирурги, перфузиологи, владеющие техникой канюлизации, настройкой ЭКМО.

Потенциальные показания к ЭКМО:

- рефрактерная гипоксемия: PaO₂/FiO₂ < 50 мм рт. ст., персистирующая*; несмотря на FiO₂ > 80% + PEEP (≤ 20 см H₂O) при Pplat = 32 см H₂O + прональная позиция +/- ингаляционный NO;
- давление плато ≥ 35 см H₂O; несмотря на снижение PEEP до 5 см H₂O и снижение VT до минимального значения (4 мл/кг) и pH ≥ 7, 15.

Противопоказания к ЭКМО

- тяжёлые сопутствующие заболевания с предсказанной продолжительностью жизни больного не более 5 лет;
- полиорганная недостаточность и SAPS II > 90 баллов или SOFA > 15 баллов;
- немедикаментозная кома (вследствие инсульта);
- решение об ограничении терапии;
- техническая невозможность венозного или артериального доступа;
- ИМТ > 40 кг/м².

Профилактика и инфекционный контроль в медицинских учреждениях при оказании помощи пациентам с подтверждённым или подозреваемым гриппом

В настоящее время перед медицинскими учреждениями стоит задача оказания помощи пациентам, инфицированным гриппом. Для минимизации передачи инфекции работникам здравоохранения пациентам и посетителям крайне важно, чтобы работники здравоохранения соблюдали надлежащие меры предосторожности в области инфекционного контроля во время ухода за пациентами с гриппоподобными симптомами, особенно в районах, поражённых вспышками гриппа.

Передача вируса гриппа от человека человеку происходит, главным образом, воздушно-капельным путём. Поэтому меры предосторожности в области инфекционного контроля по отношению к пациентам с подозреваемым или подтверждённым гриппом и к пациентам с гриппоподобными симптомами должны быть направлены в первую очередь на борьбу против распространения капель из дыхательных путей (С):

- использовать медицинскую или хирургическую маску;
- придавать особое значение гигиене рук;
- обеспечивать помещения и средства для гигиены рук.

Процедуры, при которых образуются аэрозоли (например, удаление жидкости из дыхательных путей, интубация, реанимация, бронхоскопия, аутопсия), связаны с повышенным риском передачи инфекции, и меры предосторожности в области инфекционного контроля должны включать использование:

- респиратора для защиты от попадания частиц (например, EU FFP2, US NIOSH-certified N95);
- средств защиты для глаз (очки);
- чистого, нестерильного халата с длинными рукавами;
- перчаток (для некоторых из этих процедур необходимы стерильные перчатки).

Ключевые положения клинического ведения пациентов с тяжёлыми формами гриппа.

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

Краткое описание клинического ведения пациентов с тяжёлыми формами гриппа

Сила рекомендаций	Методы	Стратегия
A	Противовирусная терапия	Если показано лечение, рекомендуется раннее его начало с применением осельтамивира и занамивира. Продлённое лечение осельтамивиром (по меньшей мере в течение 10 дней) и увеличенные дозы (до 150 мг для взрослых два раза в день) следует предусматривать при лечении случаев тяжёлого заболевания. При отсутствии ответа на первичную терапию возможно назначение двойной противовирусной терапии: Ингавирин® + осельтамивир
C	Антибиотики	При подозрении на развитие вирусно-бактериальной пневмонии антибактериальная терапия должна проводиться в соответствии с принятыми рекомендациями по ведению больных с внебольничной пневмонией. В случае использования антибиотиков при подозрении на сопутствующую бактериальную инфекцию у пациентов с гриппом необходимо по возможности руководствоваться результатами микробиологических исследований
B	Глюкокортикостероиды	Назначать дозу системных кортикостероидов от умеренной до высокой НЕ рекомендуется в качестве дополнительного средства лечения при гриппе Н1N1. Их польза не доказана, и их воздействие может быть потенциально вредным
D	Нестероидные противовоспалительные средства, жаропонижающие средства	Парацетамол или ацетаминофен, назначаемые перорально или в виде свечей. Избегать назначения салицилатов (аспирина и продуктов, содержащих аспирин) детям и молодёжи (моложе 18 лет) вследствие риска развития синдрома Рейе
C	N-ацетилцистеин (NAC)	Назначение больным ОРДС высоких доз NAC (40-150 мг/кг веса в сутки) ускоряет разрешение ОРДС, повышает индекс оксигенации и уменьшает длительность респираторной поддержки
D	Кислородотерапия	Контролировать насыщение кислородом и поддерживать SpO ₂ на уровне 88-95% (при беременности – 92-95%). Высокая концентрация кислорода может потребоваться при тяжёлой форме заболевания
A	Механическая вентиляция лёгких	При развитии ОРДС применяется протективная вентиляция лёгких с использованием малых VT и подхода «открытого лёгкого» (целевые VT »6 мл/кг, PPLAT < 30-35 см H ₂ O)
C	Неинвазивная вентиляция лёгких	НВЛ не рекомендуется в качестве альтернативы инвазивной вентиляции для больных с пневмонией/ОРДС, вызванными вирусом гриппа, то есть при тяжёлой гипоксемической ОДН
C	Экстракорпоральная мембранная оксигенация (ЭКМО)	Крайне тяжёлые случаи ОРДС могут потребовать проведения ЭКМО. ЭКМО проводится в отделениях, имеющих опыт использования данной технологии: стационары, в которых есть специалисты, в том числе хирурги, перфузиологи, владеющие техникой канюлизации, настройкой ЭКМО
C	Профилактика и инфекционный контроль в медицинских учреждениях	Стандартные меры плюс меры предосторожности по предупреждению передачи воздушно-капельным путём. В случае выполнения процедур, связанных с образованием аэрозолей, необходимо использовать соответствующий защитный респиратор (N95, FFP2 или аналогичный), защиту для глаз, халаты и перчатки и проводить данную процедуру в помещении, вентилируемом надлежащим образом, которое может быть оборудовано средствами естественной или принудительной вентиляции в соответствии с руководством ВОЗ

Одним из выдающихся достижений мировой науки минувшего является трансплантология. Её успехи обеспечила в первую очередь деятельность многих учёных на протяжении длительного периода времени и, в том числе учёных России, представителей отечественных научных школ.

Интегрируя новую информацию, взаимно обогащая друг друга новыми идеями и фактами, преодолевая объективные и субъективные барьеры на своём пути, они помогли выстраивать здание трансплантологии, каким оно сложилось к концу прошлого века.

Симбиоз дисциплин

Нужно отметить, что, как и всякая наука, трансплантология не может быть приоритетом отдельной личности, коллектива, какой-либо страны, а принадлежит мировому сообществу. Такой подход общепризнан, совершенно не противоречит признанию за тем или иным лицом, научной школой, страной отдельных приоритетных позиций на разных исторических этапах формирования какой-либо области знания, отрасли науки и т.д. Более того, история трансплантологии показывает, что отдельное научное открытие не может быть хорошим или плохим, истинная историческая ценность его определяется лишь той целью, которая преследуется, и той философией, которая вкладывается в желание достичь этой цели.

Новые сверхсложные методы диагностики и лечения, созданные за последние десятилетия, позволяют продлевать жизнь человека, но при этом возникают вопросы этического, социального и экономического характера. Например, как примирить между собой всё возрастающие требования общества к медицине и постоянно увеличивающиеся цены на лечение? Какую роль играет, вернее, должно играть профессиональное мнение врача в этически сложных случаях? Как определить различие между продлением жизни и затягиванием процесса умирания? Кто должен принимать (не принимать) решение о поддержании жизни безнадежных больных? Можно ли считать, что «святенность» жизни превалирует над её «качеством»?

Сегодня трудно сказать, в какой сфере лежат ответы на все эти и многие другие вопросы. Усилиев власть врача над жизнью и смертью, научно-технический прогресс обострил этические проблемы медицинской науки и практики. Особенно ярко это проявилось в трансплантологии, которая как бы сфокусировала эти новые проблемы. Трансплантология, едва успев сделать первые шаги на клиническом уровне, выдвинула неожиданно новые проблемы: «смерть мозга», «информированное согласие», «дonor-реципиент», «анатомическое дарение органов» и др.

Для многих был неожиданным невиданный ранее интерес и внимание широких кругов общественности и за рубежом, и в нашей стране не только к собственно пересадке органов, но и к новым возникающим вопросам, активное обсуждение которых происходило не только в медицинской среде. Не сразу пришло осознание того реального факта, что трансплантология – не часть медицины или биологии, а комплексная составляющая общей культуры человечества. Впрочем, и сегодня иной раз делаются по-

пытки определить все нерешённые проблемы трансплантологии только как медицинские. Делается это явно в субъективных целях: например, при попытках обвинить только трансплантологов во всех смертных грехах, имея в виду отдельные неудачи или отставание от передового уровня.

Не подлежит сомнению, что деятельность в области пересадки органов предъявляет строгие требования в части соблюдения

американской национальной сети получения и распределения трансплантатов, выживаемость трупных трансплантатов почки составляет более 80%, выживаемость почек от живых родственных доноров – более 90%. Данные больших трансплантационных центров указывают, что уровень долговременного выживания трансплантата также сравнительно высок.

У взрослых с терминальной стадией почечной недостаточ-

перспектив пациента на возможность пересадки ему какого-либо органа прошли длительный и сложный путь уточнения, корректирования с учётом новых данных, анализа течения послеоперационного периода. К примеру, сахарный диабет прежде считался противопоказанием к трансплантации, но в настоящее время многим диабетикам выполняется пересадка почки, и однолетнее выживание трансплантата такое же, как и у не диабетиков,

медицины, – являются вопросы снабжения и распределения органов. Пока безопасность и эффективность этой операции были сомнительны, такие вопросы не привлекали большого внимания, но теперь мы столкнулись лицом к лицу с проблемой дефицита сердец для пересадок».

Действительно, до начала «эры клинической трансплантации» многие полагали, что нужно только перейти рубеж первой операции и все «сопутствующие

Авторитетное мнение

Решение правовых и этических проблем органного донорства — главная задача современной трансплантологии

всех норм, регулирующих функционирование государственных и межгосударственных институтов и структур.

Интересно развивалась ситуация после того, как К.Барнард в 1967 г. и его коллеги в США, Франции, Великобритании и в других странах в последующие годы совершили качественный прорыв в науке по пересадке сердца, затем лёгких и печени. Буквально сразу же выяснилось, что практика трансплантации стремительно обгоняет формирование законодательно-правовых, морально-этических, теологических, в равной степени как и общественно-социальных и организационных регулятивов, которым надлежало обеспечивать дальнейшее развитие трансплантологии.

Недаром уже в 1967 г. была создана авторитетная комиссия по трансплантации при президенте США, которой было поручено попытаться развязать gordiev узел наславившихся друг на друга проблем. Так, уже к концу 1970-х годов стала грозно вырисовываться проблема дефицита донорских органов и связанный с ним комплекс морально-этических (биоэтических) вопросов.

Примерно в это же время в странах, занимающихся пересадкой органов, стали организовываться этические комитеты, специализировавшиеся на проблемах трансплантации. Комитеты рассматривали материалы, относящиеся к каждой предлагаемой пересадке сердца, а позже – к первым, а затем – к наиболее сложным ситуациям, связанным с пересадкой печени, поджелудочной железы, а также с экспериментальными исследованиями.

Трансплантация различных органов и тканей – сегодня обычная процедура в трансплантологических центрах многих стран мира. Уже четверть века назад трансплантация жизнеспособных органов, хорошо ревааскуляризованных органов, включая почки, печень и сердце, стала методом выбора при лечении терминальных стадий многих заболеваний. В настоящее время в широкую клиническую практику активно внедряется трансплантация лёгкого, поджелудочной железы, кишечника.

Широко выполняемой процедурой в мире является пересадка почки. Согласно данным

трансплантации почки повышает качество жизни, а детям трансплантации возвращают способность к быстрому росту и развитию. В силу этих причин трансплантация почки стала методом выбора при терминальной стадии почечной недостаточности, а её широкое применение ограничивается только наличием подходящих донорских органов.

Выживаемость трупных трансплантатов поджелудочной железы, в частности общая двухлетняя выживаемость, достигает 83%. Основным критерием успеха при этом является оптимальное функциональное состояние трансплантируемого органа, а вторичными критериями – возраст доноров старше 45-50 лет и общая гемодинамическая нестабильность. Наилучшие результаты трансплантации поджелудочной железы у больных с диабетической нефропатией получены при одновременной трансплантации почки и поджелудочной железы. По данным R.Margreiter (1999), к исходу первого года выживаемость 28 оперированных реципиентов и их трансплантатов после одномоментной пересадки почки и поджелудочной железы составила 100%.

Где, кому и когда

Своеобразная ситуация сложилась к середине 1990-х годов. Сложной в клиническом плане оказалась проблема определения показаний и противопоказаний к трансплантации у реципиента. Основным показанием в настоящее время принято считать отсутствие терапевтических или иных хирургических возможностей для улучшения качества жизни пациента с терминальной стадией органного поражения или существенное повышение шансов его долговременного выживания.

Основными противопоказаниями к органной трансплантации являются инкурабельные злокачественные опухоли, другие системные заболевания; активная, плохо поддающаяся лечению инфекция, а также физические (старый «физиологический» возраст, существенное ожирение) или социальные факторы, которые могут либо затруднять выздоровление, либо приводить к рецидиву заболевания.

Эти простые и логичные, на первый взгляд, критерии оценки

особенно после успешного внедрения в клиническую практику одновременных трансплантаций почки и поджелудочной железы. Пожилым больным выполняется трансплантация сердца с результатами, сопоставимыми с исходами операций у более молодых пациентов.

Помимо прямых следствий функциональных нарушений органов, подлежащих замене, в частности резкого замедления физического развития детей с хронической почечной недостаточностью, у кандидатов на трансплантацию часто определяются вторичные изменения органов (например, гепатомегалия как следствие правожелудочковой недостаточности, спленомегалия, варикозно расширенные вены пищевода и желудка при портальной гипертензии, сопровождающей цирроз печени, и т.д.). Задача заключается в необходимости устранения серьёзных сопутствующих заболеваний. При этом нужно обязательно иметь в виду, что скомпрометированные органы в первую очередь подвержены острым инсультам.

Поскольку реципиентам будет проводиться иммуносупрессия, должна быть исключена скрытая инфекция (туберкулёз, несанированные зубы, наличие гнойно-септических очагов инфекции и др.). По этой же причине является стандартом назначение CMV негативной крови для трансфузии, если реципиенты не сероположительны. Иногда анатомические особенности могут стать основным источником хирургических проблем (больные с атипичной сосудистой анатомией, врождёнными уродствами или многочисленными предшествующими вмешательствами).

Однако есть ещё одно кардинальное обстоятельство, очевидность которого стала определяться достаточно быстро вслед за первыми пересадками трупных органов – дефицит донорских органов.

Дефицит тому виной...

Ещё в 1983 г. великий американский кардиохирург Майкл Дебейки с тревогой отмечал: «Центральными вопросами этического и политического плана, порождёнными уникальной развивающейся технологией, – пересадкой сердца, добившейся больших успехов с позиций

вопросов» можно будет утрясти в той или иной приемлемой форме. И действительно, мировая практика показала, что с различной степенью трудности всё-таки удаётся решать проблемы и смерти мозга, и этического комплекса, и организационного плана, кроме проблемы донорства, которая продолжает обостряться.

Возможность изъятия донорских органов в России определена положением о презумпции органного донорства. Юридические основы, а также детали, касающиеся трансплантации органов в России, были определены Законом о трансплантации, а также в приказе Министерства здравоохранения РФ № 189 от 10.08.1993.

Это в значительной степени облегчает получение органов от трупов, однако насколько такой закон правомерен в этическом, социальном и правовом аспектах, в настоящее время широко обсуждается и в средствах массовой информации, и среди медицинских работников, в той или иной степени принимающих участие в органном донорстве, и среди населения. Нашей стране навязывается мнение, что испрошенное согласие по донорству гораздо демократичнее для правового общества, так как защищает автономность индивидуума.

Однако представлена и иная точка зрения, основанная на анализе правовых, этических, моральных принципов. Прежде чем приступить к анализу поставленной задачи, необходимо ответить на самый главный и старый вопрос, достаточно плохо определённый в юридических документах многих стран, вопрос о том, кому принадлежит труп. Используемая базовая модель о «квазисобственности» в США оказывает огромное влияние на юридические институты других стран, которая рассматривает труп и органы умершего как собственность семьи.

Если до своей смерти индивидуум не определился, как поступить со своими органами, то решение об органном донорстве остаётся за родственниками. Это право индивидуума или его родственников, вероятно, базируется на инстинктивном предположении, что тело человека принадлежит его близким, и поэтому они вправе решать, как с ним поступать.

Согласны ли вы?

Такая модель носит название «информированного согласия» и предусматривает необходимость определить доминирующего члена семьи, который должен решить судьбу донорского трупного органа. Поскольку пожелания покойного чаще всего неизвестны, то сам родственник определяет возможность пожертвования органов. С другой стороны, любая позиция, принятая членом семьи, будет его собственной, но не пожеланием покойного. При этом принцип автономности игнорируется, а моральные полномочия родственника жертвовать органы, на которые нет согласия умершего, весьма сомнительны, а порой ставят его в тупик, и, чтобы «не ошибиться», он чаще всего скорее откажет, чем даст своё согласие.

Другая модель – «презумпция согласия донора», которая разрешает изъятие органов у трупа, предполагая, что если человек при жизни не высказывал своё отрицательное мнение по поводу органного донорства, то согласен на акт дарения своих органов для медицинских целей. Во многих странах, где органы получают на основе предполагаемого согласия донора, законодательство требует положительных аргументов в пользу молчаливого согласия от покойного при жизни. Поэтому даже в этих странах появление реальных доноров зависит от решения семьи. Так, во Франции, например, более 60% семей отказываются жертвовать органы. Отмечается значительный недостаток донорских органов из-за отказа родственников в США, Великобритании, Германии и других государствах. Заявление, сделанное Сорреп и др., что «презумпция согласия» не является гарантией высокого уровня органного донорства, подтверждается другими исследователями.

Таким образом, ни информированное согласие родственников, ни презумпция согласия покойника в существующем виде, вероятно, не способны увеличить число донорских трупных органов. Альтруистическое пожертвование или концепция альтруизма не получила широкого распространения среди населения, как на это надеялись в начале, а возникшее недоверие населения к врачам в последнее время не оставляет надежды на исправление ситуации.

В системе презумпции согласия на донорство, очень вероятно, усилится недоверие населения и приведёт к отдельным индивидуумам к принятию определённых мер, которые исключили бы их из списка предполагаемых доноров, если бы они знали о его существовании.

Хрупкость любой системы, основанной на общественной доброжелательности, очевидна, и её роль в получении органов неуклонно уменьшается, а в последующем это может привести к закрытию даже существующих трансплантационных программ.

Австрия, Бельгия, Испания и Россия приняли модель «презумпции согласия», которая позволила увеличить число трупных органов. Однако Erin и Haggis считают, что презумпция согласия донора бросает вызов согласию на основе полной информированности, соответственно, маскируясь под «фиктивную позицию», нарушает принцип автономии индивидуума. Другие же утверждали, что предполагаемое согласие сталкивается с принципом самоопределения.

Так, например, Mousiarah приводит свои доводы в пользу презумпции согласия в донорстве, принятые в Канаде. Однако при этом он признал, что «необходимы радикальные перемены в политике органного донорства». В настоящее время в Онтарио от семьи потенциального донора для получения окончательного согласия необходимо иметь дополнительно согласие родственников независимо от принятого решения самим донором при жизни. На практике это называется не делать того, что неявно обозначено. Таким образом, члены семьи могут иметь свои пожелания, отвергая волю покойного.

получение органов их родственников, если возникнет такая необходимость, не исключая и другие предложения, которые помогут улучшить создавшуюся ситуацию.

Расширение возможностей использования живых родственных доноров, включая и не родственников или даже «перекрёстное» донорство, не сможет разрешить ситуацию, но одновременно поднимает множество других дополнительных вопросов. Например, продажа органов – достаточно эффективная мера, по крайней мере для богатого человека на свободном рынке, но для общества в целом – это слишком опасная концепция.

Однако Jonsen заявляет, что эти вторичные цели должны бы уступить существенным ценностям, например терапии для тех, кто страдает тяжёлыми заболеваниями. Важность существенной пользы для других отвергает любые вторичные цели, которые возникают или могут возникнуть. Например, судебные эксперты выполняют аутопсию, несмотря на возражения индивидуумов или членов религиозных групп, так как существует общественная поддержка или, по крайней мере, нет очевидного возражения против этой важной для общества юридической нормы.

Что же важнее – юридически законное право на вскрытие

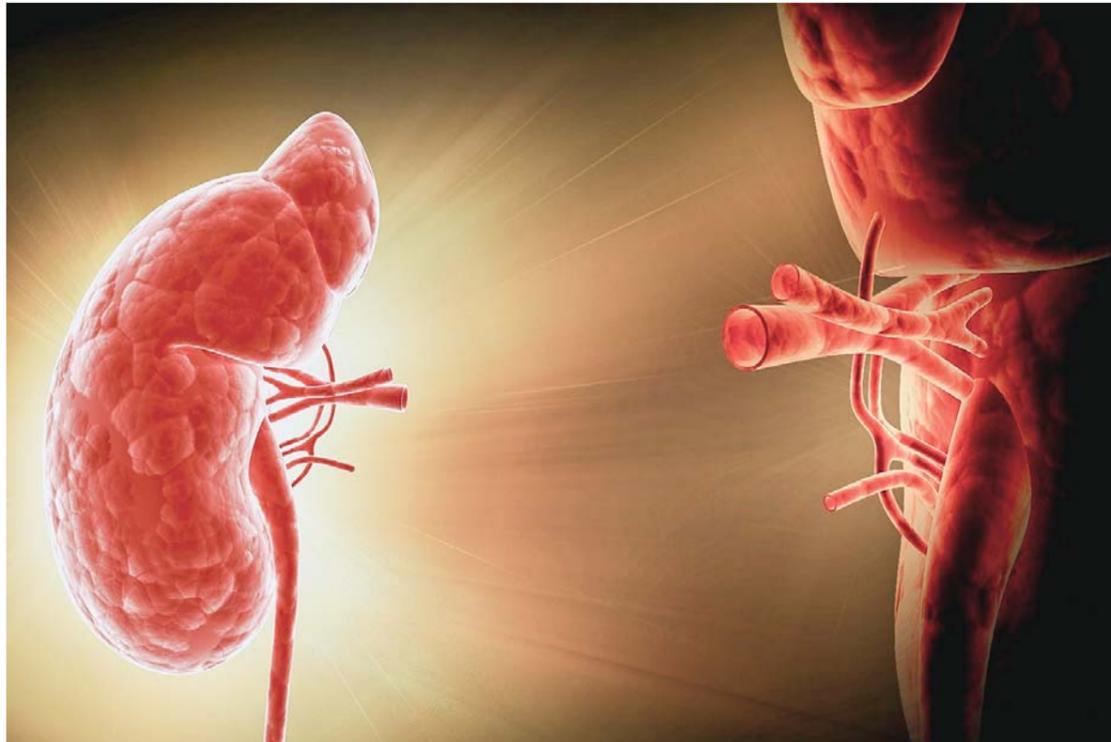
трансплантологической помощи и объявить это как национально приоритетную задачу через СМИ, как это сделали в 2004 г. во Франции. Национально приоритетная задача для общества должна предусматривать и социальные обязательства каждого индивидуума перед обществом. Проводимые общеобразовательные программы должны убедить социум, что такое решение позволит обеспечить существующие потребности в донорских органах. Чтобы добиться существенных изменений в общественном сознании, концепция должна быть предложена не медицинскими работниками, а парламентариями на государственном уровне. При полном информировании общества, признавшего преимущества этой концепции, можно надеяться, что закон презумпции донорства может быть принят.

С акцентом на человеческий фактор

Одной из основных причин, сдерживающих развитие трансплантации как в России, так и в других странах, является незнание проблем трансплантации и органного донорства медиками и руководителями медицинских учреждений, а часто просто их нежеланием принимать в этом участие. Отношение медицинского персонала играет важную роль в развитии органного донорства. Исследование по вопросам донорства, проведённое среди персонала одной из университетских клиник Швейцарии, показало, что 47% респондентов имеют донорскую карточку, 69% согласны стать донорами органов, 65% дадут согласие на органное донорство их родственников после их смерти. Лишь 7% опрошенных отказались стать донорами органов. К сожалению, в России стоит только надеяться на такое понимание этой сложной проблемы.

Из-за нехватки подходящих донорских органов больные могут оставаться в «листе ожидания» в течение многих месяцев, при этом их состояние продолжает прогрессивно ухудшаться. Динамика изменений во времени так же, как и соответствующие изменения физического состояния, должны постоянно контролироваться. Быстрое ухудшение состояния и необходимость безотлагательной операции может влиять на оценку приемлемости имеющегося донорского органа. Наряду с использованием трупных донорских органов, дефицит которых наблюдается практически во всех странах мира, внутренние органы для трансплантации получают также и от живых доноров. Это один из реальных путей спасения жизни больных.

В нашей стране дефицит донорских органов усугубляется тем, что изъятие органов для трансплантации у новорождённых и детей законодательно запрещено. Невозможность получения трансплантата от ребёнка, соответствующего возрастным и антропометрическим параметрам, осложняется проблемой соответствия размеров взрослого донорского органа для ребёнка и вызывает дополнительные ограничения при замене органов у детей. Реальной возможностью увеличения числа трансплантаций для детей стало родственное донорство. В настоящее время трансплантация почки от живого родственного донора получила широкое распространение и



Необходимость получения согласия родственников на изъятие органов у трупа после констатации смерти на основании смерти мозга или после остановки сердца обязательно в таких государствах, как США, Великобритания, Швеция, Дания и Болгария. В то же время презумпция согласия подразумевает, что каждый человек может стать донором после своей смерти, если прижизненно в устной или письменной форме он не отказывался быть органом донором. Эта форма существует во Франции, Италии, Испании, Австрии, Португалии, Бельгии, Финляндии, России и ряде других стран Европы.

По законам РФ нет необходимости узнавать о пожелании покойного у родственников. Приемлемо ли вести беседу о возможном использовании донорских органов покойного с родственниками? Почти всегда вопросы об органном донорстве при жизни родственника близкие не обсуждают, и поэтому не знают о пожелании покойного, и чтобы не брать на себя ответственность за принятие положительного решения, они просто отказываются участвовать в акте дарения.

Моральная автономия

Delmonico и соавт. также представили пределы альтруизма и принципа добровольности среди родственников покойного (F. Delmonico, R. Arnold, N. Schepers-Hughes et al., 2002) и предложили базовые идеи стимуляции органного донорства, такие как: 1) медаль чести; 2) компенсация на похоронные расходы донора; 3) комбинированные обмены; 4) медицинский отпуск за донорство; 5) страхование донора; 6) более свободный доступ на

С целью справедливого распределения полученных донорских органов могут быть предложены даже прямые государственные платежи, которые создадут открытый рынок органов. Когда они становятся коммерческими объектами независимо от того, является ли покупателем частное лицо или государство, снижаются базовые ценности общества, так как человек, становясь предметом купли и продажи, теряет защиту от рабства или нанесения увечий телу по коммерческим соображениям. Вопреки мнению Matas, «регулируемая рыночная система» является, к счастью, не единственной альтернативой для решения дефицита донорских органов.

Помимо системы органного донорства, основанной на альтруизме человека, существует альтернатива, основанная на социальном принуждении. Например, на социальном принуждении основан закон о воинской повинности. Закон не нуждается в чём-либо согласии, не признаёт принцип автономии и, на первый взгляд, не очень этично выглядит, но его стоит рассмотреть.

Согласно мнению Jonsen (1998), первичная концептуальная цель по защите прав человека состоит в защите его моральной автономии; в разрешении ему контролировать свою жизнь и собственные ценности и в предоставлении защиты от всяких посягательств, повреждений и эксплуатации. Однако эти права представлены для живого человека, а не для трупа, который не имеет автономии, и ему нельзя навредить. Вторичные цели должны включать уважение верований покойного при жизни и с учётом культурных особенностей проводить похороны.

трупа или спасение жизни многих пациентов с помощью трансплантации? Очевидно, что соблюдение автономии трупа не может быть разумно, если нет никакой приемлемой альтернативы для спасения жизни человека, кроме использования жизненно важных трупных органов для трансплантации.

Социальная обязанность органного донорства, или презумпция донорства, на наш взгляд, заслуживает серьёзного обсуждения. Могут ли представленные аргументы убедить общество отказаться от принципов «автономии» и инакомыслия индивидуума? Однако чтобы признавать принцип автономии, общество, желающее использовать концепцию презумпции согласия на донорство органов, должно опираться на индивидуума, а не на родственников, которые чаще всего откажут.

Очевидно, наименее рискованным подходом является заявление обществу о том, что не всё тело, а только жизненно важные органы могут быть сохранены, и это не нарушит религиозных представлений и обрядов похорон. Представленная концепция напоминает закон о презумпции согласия, однако отличается по принципиальным позициям. Закон презумпции донорства не требует какого-либо решения или необходимости предполагать желание покойного, и это является одним из самых чувствительных аспектов при оценке презумпции согласия, но предполагаемое желание других лиц, например родственников донора, – этически неприемлемо.

Прежде чем закон презумпции донорства может быть принят, необходимо сначала создать определённые условия. Надо доказать обществу важность

(Окончание. Начало на стр. 10-11.)

успешно выполняется во многих клиниках разных стран.

Нужно подчеркнуть, что в целом этические аспекты трансплантации у детей несколько отличаются от таковых у взрослых. Например, юридически принятые критерии мозговой смерти не считаются применимыми в период непосредственно после рождения ребёнка, так что возможна неоднозначная трактовка, по крайней мере для многих стран. Остаются до конца неразрешёнными другие этические дилеммы, касающиеся детского возраста: например, растут ли нормально и как развиваются трансплантированные органы у детей? Вызывает беспокойство отмечаемый некоторыми исследователями сдвиг к более раннему проявлению агрессивной малигнизации, несмотря на то, что показатели общей заболеваемости злокачественными опухолями приемлемо низки.

К примеру, для лечения детей в терминальной стадии почечной недостаточности используются методы перитонеального диализа, программный гемодиализ, позволяющие в течение нескольких лет довольно успешно осуществлять системную детоксикацию организма. Жизненный путь таких детей нередко сопровождается различными заболеваниями, что неблагоприятно отражается на их росте и развитии, отмечается снижение интеллектуального уровня при контрольном сравнении со сверстниками.

Ранняя трансплантация у детей с прогрессирующей почечной недостаточностью предотвращает эти проблемы, оправдывая современные рекомендации к трансплантации, выполняемой порой даже прежде, чем возникает необходимость в диализе. Наиболее частыми заболеваниями, приводящими к пересадке почки у детей, оказались болезни, связанные с врождёнными аномалиями, приобретённые нефропатии, пиелонефрит, гемолитический уремический синдром, синдром Алпорта и др.

Существует мнение, что, поскольку интраоперационная смертность и отторжение почки у новорождённых весьма велики, современная практика должна избегать трансплантации у детей в очень раннем возрасте. В отличие от взрослых для трансплантации почки у детей используется внутрибрюшное расположение органа. Это позволяет почке взрослого, то есть органу большого размера, разместиться внутри очень маленького ребёнка и тем самым увеличивает пул возможных доноров.

Однако размещение охлаждённого трансплантата может вызвать острую гипотермию и забрать на себя относительно большой объём циркулирующей крови ребёнка. Вызванная этими факторами гипотензия возникает в момент, когда необходима адекватная перфузия трансплантата. Для предотвращения гипотензии и острого канальцевого некроза как непосредственного её следствия используются вазоактивные препараты для поддержания артериального давления в нормальных границах.

Грани биоэтики

Немало сложных биоэтических «граней» имеет в настоящее время проблема смерти мозга как одного из важнейших условий успешного развития трансплантологии, а именно – положение о смерти мозга, разрешающее взятие органа для пересадки у

донора с погибшей корой головного мозга, но с бьющимся сердцем. Только трансплантат, взятый на фоне стабильных показателей сердечной деятельности и гомеостаза, способен в дальнейшем полноценно функционировать в организме реципиента (исключение составляют почки, которые можно забрать и после биологической смерти).

Президентская компания США по изучению этических проблем в медицине формирует понятие «смерть мозга» следующим образом: «Необратимое прекращение всей функции полного мозга, включая кору и ствол мозга, определённое в соответствии с принятыми медицинскими стандартами». Функция коры мозга считается отсутствующей, если опытный врач не может выявить никакие самопроизвольные движения или реакции на любые внешние стимулы.

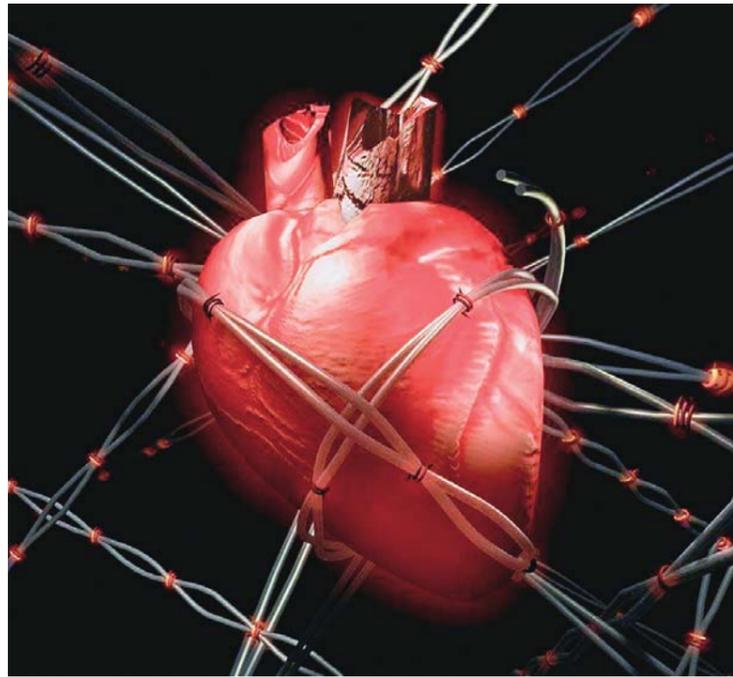
Диагностика смерти мозга должна дополняться электроэнцефалографией (ЭЭГ) и определением коркового кровотока. Электрическое «молчание» на ЭЭГ указывает на возможность констатации смерти коры мозга, хотя остаточная активность может определяться и после прекращения мозгового кровотока. Для установления мозговой смерти ранее использовалась церебральная ангиография, однако в настоящее время есть менее агрессивные методы, например транскраниальное доплеровское исследование и компьютерная томография.

Установление смерти мозга может быть затруднено из-за последствий реанимационных мероприятий, ранее проводимых у пострадавшего: прежде всего охранительного торможения с использованием барбитуратов, бензодиазепинов и опиоидов, а также мероприятий, направленных на уменьшение отёка мозга – стимуляцию диуреза с помощью диуретиков и при использовании мышечных релаксантов для синхронизации с аппаратом ИВЛ.

Согласно сегодняшним представлениям отечественных и зарубежных авторов, смерть мозга определяется потерей рефлексов, вызываемых бульбарным черепно-мозговым нервом и дыхательными ядрами. Помимо отсутствия самих рефлексов важен неврологический диагноз необратимости произошедших нарушений. Комплекс рефлекторной диагностики включает отсутствие прямого зрачкового светового рефлекса (отсутствие сокращения зрачка в ответ на яркий свет); окулоцефальный рефлекс (фиксация позиции глаза во время вращения головы («глаза куклы») – отсутствие этого рефлекса свидетельствует о повреждении стволовых структур; роговичного рефлекса (отсутствие моргания при лёгком прикосновении к роговице); окуловестибулярного рефлекса (отсутствие нистагма в ответ на вливание ледяной воды в наружный слуховой канал («холодовой тест»). Дыхательные рефлексы определяются тестом апноэ. В большинстве протоколов при искусственной вентиляции лёгких на 100%-ном кислороде аппарат ИВЛ отсоединяют (хотя кислород всё ещё подаётся) и функция дыхания оценивается серийными определениями концентрации углекислого газа.

Вышеизложенное объясняет, почему на научную и юридическую регламентацию смерти мозга практически все страны, работающие по трансплантационным программам, обращают самое серьёзное внимание. Перечень условий и требований,

необходимых для констатации смерти мозга (а следовательно, и забор сердца, печени и других непарных органов из организма донора), оформляется в виде специальных законов, актов (например «Единый закон об определении смерти», США; подзаконные акты, сопровождающие закон Российской Федерации от 1992 г. и др.). Однако все эти документы находятся в силу сложности и неоднозначности трактовки проблемы в состоянии перманентного пересмотра, уточнения, добавления, острых



дискуссий и столкновения точек зрения.

Между ремеслом и моралью

Трансплантология, как, пожалуй, никакая другая наука, принесла совершенно новые вопросы, связанные с кардинальными проблемами: правами человека, защитой этих прав, этикой, моралью, оставшимися сегодня не менее сложными, чем несколько десятилетий назад. Надо отметить, что по мере решения клинических и биологических задач биоэтические решаются значительно медленнее, в равной степени как и социальные.

Сегодня в один узел связана проблема дефицита донорских органов с системой их распределения. В условиях западной правовой культуры такие системы (национальные и межгосударственные), основанные на принципах рациональности и справедливости, функционируют достаточно успешно.

В основе их деятельности лежит принцип максимально возможного сопряжения и согласования этических критериев, практики заготовки, распределения и использования донорских органов, а также непереносного соблюдения законодательно-правовых, социально-экономических и религиозных регулятивов.

Что же касается России, то по количеству пересадок мы значительно отстаём от других стран. Анализ этих обстоятельств, видимо, ещё впереди. Однако нельзя не обратить внимания на исторический парадокс. Отечественная наука внесла определяющий вклад в развитие мировой трансплантологии (Н.Пирогов, Ю.Вороной, В.Демихов и многие другие), накопила огромный профессиональный потенциал, воспитала прекрасную плеяду высококлассных специалистов и оказалась в начале нынешнего столетия, мягко говоря, далеко не в числе первых стран в области пересадки органов.

Более того, в последние годы нередко звучит вопрос: надо ли нам сейчас, когда отечественное здравоохранение испытывает небывалые трудности – проблемы СПИДа, онкологии, детской и взрослой смертности, наркомании, алкоголизма, снижения рождаемости, финансовой недоступности лекарственных препаратов для большинства населения и т.д. – развивать такие дорогостоящие программы, как трансплантация жизненно важных органов? Это, безусловно, далеко не простой вопрос, но

тологии, понял, что из-за своего негативного к ней отношения оно каждый час и день лишает права на жизнь кого-то из своих сограждан».

Нельзя не согласиться с подобной оценкой ситуации. Труднейшая, особенно для нашей страны, задача, притом сегодня плохо решаемая, – подготовка широкой (в том числе медицинской) общественности к правильному восприятию проблем пересадки органов и отношению к ним, ибо информированность и специалистов, и населения оставляет желать лучшего.

* * *

Пересадка органов и тканей, как проблема медицины, принадлежит не только прошлому веку. В той или иной степени она занимает научный мир уже 200 лет. Сегодня в мире выполняются тысячи пересадок жизненно важных органов, благодаря чему удаётся спасти и продлить жизнь большому числу людей. Это заслуга мирового содружества учёных, хирургов, специалистов многих профессий и, безусловно, отечественной медицинской науки и практики, несмотря на все сложности её развития в прошлом и настоящем.

С точки зрения дальнейшего развития проблемы, одним из перспективных направлений представляется ксенотрансплантация. Видимо, она позволит в значительной степени решить очень острую проблему – дефицит донорских органов, а также уйти от проблем этического порядка, связанных с их аллотрансплантацией. Не менее важна в перспективе вероятность получения с помощью методов генной инженерии трансгенных животных, клетки которых не будут отторгаться организмом человека.

Особое направление – искусственные органы, в частности полностью вживляемые в организм искусственные желудочки сердца и искусственное сердце с периодом работы не менее 10 лет. В отдалённой перспективе можно думать о создании искусственных лёгких, печени и поджелудочной железы.

Более успешно развивается проблема пересадки клеток и тканей, в частности ксенотрансплантация для компенсации функций соответствующих органов (например при тяжёлых формах сахарного диабета – трансплантация островковых клеток поджелудочной железы плодов и новорождённых), а также нервной ткани (её элементов) при органических заболеваниях центральной нервной системы.

Сегодня с развитием клеточных технологий познанием механизмов клонирования органов и тканей становится возможным выращивание донорских органов с заранее заданными генотипическими свойствами, что, безусловно, открывает чрезвычайно широкие горизонты в области трансплантологии.

Вполне очевидно, что по мере возникновения перспективных задач будут решаться старые и возникать новые вопросы биоэтического плана. Таковы особенности трансплантологии – удивительного достижения человеческой мысли и прогресса.

Могели ХУБУТЯ,
директор НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского,
главный трансплантолог
Департамента
здравоохранения Москвы,
академик РАН.

Светлана КАБАНОВА,
заместитель директора по научной
организационной работе,
доктор медицинских наук.

Перспективы

Поджелудочная в печени

Средиземноморская планария, плоский червь, знаменита тем, что может регенерироваться буквально из одной клетки. В Центре молекулярной медицины им. Макса Дельбрюка в берлинском Бухе доказали могучий потенциал к самовоспроизведению её особых клеток, называемых необластами.

Различные ген-модификации и выключения генов выявили главенствующую роль в этом эволюционно консервативном (сохраняющемся от планирии до человека) EGFR, представляющем собой белковый рецептор эпидермального фактора роста (ЭФР), мутации которого приводят к опухолям молочной железы и другим видам рака. У планирии, судя по статье в журнале Development, «сигнальный путь EGFR контролирует развитие переднего отдела кишечника и дифференцировку прогениторов». Дифференцировка – это специализация клеток в ходе их развития из стволовых клеток. В аналогичном журнале сотрудники Медицинского института Г.Хьюза показали, что рецептор ЭФР необходим для асимметричного деления стволовых клеток, и выключение его гена приводит к утере этого важного механизма поддержания стволового состояния в течение жизни.

Как известно, уровень глюкозы в крови контролируется белком инсулином, синтезируемым островками клеток в поджелудочной железе. Давнишняя мечта эндокринологов – получить в своё распоряжение эти самые клетки для пересадки пациентам, страдающим диабетом 1-го типа, то есть инсулинозависимым. Ещё в 2010 г. в Стэнфорде удалось вырастить поджелудочную железу крыс в мышцах, но из-за разницы в размерах она получилась маленькой.

За прошедшие годы удалось выяснить, что за регуляцию сахара отвечают и митохондрии, представляющие собой энергетические станции клеток. Речь идёт о митохондриях небольшой группы нейронов POMC (синтезирующих проопиомеланокортин), локализованных в глубине мозга около аркуатного ядра, нервные клетки которого регулируют аппетит с помощью того же меланокортина. Сотрудники Йельского университета показали, что при голодании размер митохондрий уменьшается, а после еды увеличивается.



Межвидовая химера (слева) чёрной мыши и белой крысы

В конце января 2017 г. весь мир облетела новость о получении первых межвидовых гибридов – крыс и мышей, человека и свиней с коровами. На представленных учёными фото было хорошо видно яркое красное свечение клеток другого вида в эмбрионах-«реципиентах». В связи с достигнутым успехом высказывались надежды на возможное получение органов человека для пересадки...

И вот в начале февраля Nature представил работу из университетов Стэнфорда и Токио, в которой описано успешное получение мышинных островков инсулин-синтезирующих клеток в крысах! Большие размеры последних позволили «вырастить» значительно более крупные поджелудочные железы мышей, что облегчило выделение нужных для пересадки островков. Их пересадка мышам с убитыми с помощью антибиотика инсулиновыми клетками позволила животным без применения иммунодепрессантов нормально жить в течение 370 дней на момент сдачи статьи.

Вслед за маститым журналом его приложение предоставило слово специалистам центра им. Макса Дельбрюка, которые путём ген-манипуляций смогли репрограммировать клетки печени в мышинном зародыше-эмбрионе, вызвав так называемый кризис (клеточной) идентичности. Специфическое воздействие на геном «кризисных» клеток позволило непосредственно в организме получить зачатки поджелудочной железы. Клетки печени, как известно, обладают большим потенциалом развития, способ-

ствуя кроветворению у плода, и недолгое время после рождения. Так что нет ничего удивительного и в их перепрограммировании, в результате чего судьба клеток меняется, давая клетки поджелудочной железы.

Станет ли такой подход методом избавления диабетиков от их проблем – покажет время. Но когда-то Фогт, учившийся у Шарко в Париже вместе с Бехтеревым и Фрейдом, занимался лишь сбором генетических данных о семьях своих пациентов, разрешая в подвале Буха облучать рентгеном мышек. Центр молекулярной медицины им. Макса Дельбрюка позиционирует себя как место с богатой историей. Основал его на деньги Крупа, увлекавшегося новомодной для того времени неврологией, О.Фогт, призванный в Москву для изучения мозга Ленина и основавший в столице институт.

Н.Тимофеев-Рессовский был отправлен к нему и изучал действие излучения на дрозофилу, после чего заявил, что ген имеет объём меньше кубического миллиметра. Статью об этом прочитал Э.Шрёдингер, выпустивший в 1948 г. брошюру «Что такое жизнь?», на которую обратил внимание М.Дельбрюк, сотрудником которого был Дж.Уотсон, посланный в Кембридж, где соавтором их письма в Nature о структуре двуцепочной ДНК стал Ф.Крик.

Игорь ЛАЛАЯНЦ,
кандидат биологических наук.

По материалам Cell Metabolism, Development, Nature.

Бывает и такое

Таинственный секрет омоложения

Исследований, посвящённых омоложению с помощью введения более молодым людям крови более молодых, в последние годы становится всё больше. От исследований на грызунах учёные переходят к экспериментам на людях, попутно пытаясь выявить, какие именно омолаживающие вещества содержатся в крови.

Специалисты из Университета Калифорнии (США) считают, что молодая кровь не обладает какими-либо чудодейственными свойствами, а вот старая может оказаться токсичной. Проведённый эксперимент показал, что введение крови от молодых мышей более пожилым никак не меняет состояние животных, а вот обратная процедура – введение молодым грызунам крови взрослых мышей – вызывала серьёзные проблемы со здоровьем. Это даёт

основания предполагать, что по мере взросления в крови накапливаются «факторы старения».

В 2005 г. американские учёные провели исследование, в котором они соединили кровеносные системы двух мышей разного возраста. У более пожилых грызунов в результате такой процедуры наблюдалось восстановление мышечной ткани, печени, лёгких и других тканей и органов. Был сделан вывод, что эти улучшения вызваны действием «молодой» крови.

Учёные, однако, не утверждали, что восстановление тканей и органов связано с действием крови более молодого животного. В своём новом эксперименте авторы применили другую методику соединения кровеносных систем животных. Они «обновили» около половины объёма крови каждого животного, которые получили 50% новой крови. Спустя месяц после

эксперимента изучили состояние каждого мышинного органа. Как-либо улучшений у пожилых животных не наблюдалось, а вот состояние органов молодых мышей стало хуже.

Теперь исследователи считают, что в «старой» крови содержатся молекулы, ингибирующие процесс клеточного роста и деления. Их влияние гораздо сильнее, чем действие соединений, присутствующих в молодой крови, – этим и объясняется ухудшение состояния животных после переливания.

Авторам предстоит выяснить, что за соединения обладают таким действием. В том случае, если им удастся их идентифицировать, то это может дать ключ к лечению различных заболеваний – сахарного диабета 2-го типа, остеопороза, иммунодефицита и др.

Алина КРАУЗЕ.
По информации popsci.com.

Исследования

Группа специалистов из Калифорнийского университета (США) под руководством Эдварда Эмери выяснила, что большинство нейронов, реагирующих на боль, чувствительны к определённым типам раздражителей. Это значит, что одни из них реагируют на повышение температуры, другие – на холод, а третьи воспринимают только механические раздражители.

Нейронные вариации

Ранее считалось, что строение большинства таких нейронов похоже и они работают сходно. Полученные данные указывают на то, что анальгетики, предназначенные для борьбы с болями разных типов, должны работать по-разному.

Исследователи провели серию экспериментов на мышах. В основном при проведении таких исследований используют электроды. В таких опытах было продемонстрировано, что нейроны реагируют на раздражители одинаково. Но американские учёные применили иной подход. Реагирующие на боль нейроны были генетически модифицированы – при активации они начинали флуоресцировать.

Животных подвергали действию различных болевых раздражителей: кололи булавками, помещали их лапы в холодную или горячую воду. Исследователи заметили, что это приводило к активации

различных нейронов – те, что реагировали на нагревание, никак не отвечали на холод. Оказалось, что более 85% реагирующих на боль нейронов высокоспецифичны.

Авторы также подчеркнули, что при значительном повреждении тканей нейроны утрачивали свою специфичность и реагировали на любые раздражители. Возможно, именно с этим связаны и противоречивые результаты, получаемые при проведении экспериментов с использованием электродов.

В дальнейшем исследователи планируют продолжить эксперименты и идентифицировать нейроны, ответственные за возникновение хронических болей. Их обнаружение позволит сделать борьбу с этим видом боли более эффективным.

Борис БЕРКУТ.

По информации Medical Xpress.

Особый случай

«Зона плацебо»

Плацебо работает даже в том случае, если пациенты знают о том, что принимают пустышку, это было показано в одном из недавних исследований. Правда, это касается не любого заболевания, а только тех состояний, при которых пациенты самостоятельно оценивают свои ощущения – например, при головной боли или боли в пояснице. Теперь же – новое исследование. Учёные из Медицинской школы Файнберга при Северо-Западном университете (США) сообщили, что обнаружили в головном мозге область, которая отвечает за тот самый эффект плацебо.

Учёные обследовали 56 участников исследования (все они страдали хроническим остеоартритом) с помощью функциональной МРТ, которая помогла выявить, какова активность разных участков мозга в состоянии покоя. После этого авторы провели два эксперимента. В первом приняли участие 17 человек, которых в качестве обезболивающего назначали плацебо – никто из пациентов об этом не знал. Об ослаблении болевых

ощущений сообщили 8 человек. Исследователи сравнили результаты повторной фМРТ с данными обследования пациентов в покое и пришли к выводу, что за реакцию на плацебо отвечала область правой средней лобной извилины головного мозга.

Во второй части исследования приняли участие 39 пациентов. Их разделили на две группы: одним давали плацебо, а другим – обезболивающий препарат. Авторы изучали активность «плацебо области» мозга. Они выяснили, что в одних случаях лекарство ослабляло реакцию организма на плацебо, а в других – усиливало её.

Исследователи уверены, что им удалось довольно точно определить, какая область головного мозга отвечает за реакцию на плацебо. Кроме того, они показали, что разные пациенты в разной степени реагируют на них, а также продемонстрировали, что реакцией на плацебо можно управлять.

Эти данные, возможно, позволят эффективнее бороться с хроническими болями.

Герман АКОДИС.

По информации health24.com.

Почему бы и нет?

Поработал – отдохни!

В Бергенском университете (Норвегия) учёные серьёзно занялись проблемой трудоголик – людей, заполняющих всю свою жизнь постоянной работой. Особенно заинтересовала исследователей взаимосвязь между явлением 26 работников в различных сферах деятельности.

Первое, что было отмечено учёными, – это высокое значение синдрома дефицита внимания и гиперактивности. У трудоголиков этот показатель составлял 32,7%, в то время как у контрольной группы он не превышал 12,7%. Также у 25,6% трудоголиков и всего лишь у

8,7% людей из контрольной группы наблюдалось обсессивно-компульсивное расстройство, связанное с постоянными попытками избавиться от навязчивых мыслей такими же навязчивыми действиями. Также у 33,8% из числа трудоголиков отмечались тревожные расстройства, в контрольной группе таких людей было всего 11,9%. Что касается депрессии, то её признаки были замечены у 8,9% трудоголиков и всего лишь у 2,6% членов контрольной группы. Полученные данные весьма любопытны, но не дают ответ, что первично – психическое расстройство и трудоголизм, или наоборот.

Валерий ПОЗДНЯКОВ.

По информации mednews.ru.

Осторожно!

Доведённая до резистентности

Вооружённые конфликты в Афганистане, а также деградация системы здравоохранения в СССР стали одним из важнейших факторов роста резистентности возбудителя туберкулёза – палочки Коха – к лекарствам, а также распространения лекарственно-устойчивого туберкулёза. К таким выводам пришла международная группа учёных.

Исследователи реконструировали эволюцию палочки Коха (*Mycobacterium tuberculosis*) и проследили путь распространения её определённых штаммов, характерных для Европы, Центральной и Южной Азии.

Микробиологи сравнили РНК различных штаммов бактерии, характерных для Европы, Центральной и Южной Азии. Оказалось, что в микроорганизмах, которые

были выделены у жителей стран бывшего СССР, имеются мутации, способствующие развитию резистентности к лекарствам.

Исследователи установили, что некоторые штаммы, найденные в Европе, были распространены на территории Афганистана во время военных действий с участием советских вооружённых сил. Согласно исследованиям, палочка Коха была завезена именно с территории СССР. В то время, пояснили авторы работы, в результате распада системы здравоохранения в Советском Союзе военные не получали необходимую медицинскую помощь (лекарств не хватало) и не завершали курс лечения, что привело к развитию устойчивости палочки Коха к препаратам. Во время военных действий штаммом микобактерии, завезённым из СССР, заразились местные

жители, многие из которых потом эмигрировали в Европу.

По словам главного фтизиатра Минздрава России профессора Ирины Васильевой, Россия всё ещё входит в число стран с высоким бременем туберкулёза. По её словам, большой проблемой, препятствующей снижению заболеваемости, остаётся туберкулёз со множественной лекарственной устойчивостью и туберкулёз, ассоциированный с ВИЧ-инфекцией.

Кроме того, появились формы широкой лекарственной устойчивости, в связи с отсутствием эффективных лекарственных препаратов для таких больных шансы излечения значительно снижаются. Для борьбы с заболеванием необходима комбинация, состоящая как минимум из 3-5 эффективных препаратов.

Открытие

Путешествие из мозга в кишечник

Биологи из Исследовательского института Скриппса (США) обнаружили механизм, запускающий сжигание жира в кишечнике. Эксперименты, поясняющие пути регуляции этого процесса, исследователи проводили на круглых червях *Caenorhabditis elegans*, которых часто используют в качестве модельных организмов.

Эти черви имеют более простой метаболизм, чем люди, однако их мозг производит такие же сигнальные молекулы, то есть результаты исследований могут быть актуальны и для людей.

Учёные уже знали, что расщепление жирной пищи в кишечнике регулируется нейромедиатором серотонином, однако механизм воздействия гормона на сжигание жира был неизвестен. В ходе экспериментов у червей последовательно удаляли разные гены до тех пор, пока связь между выделением серотонина и сжиганием жира не прервалась. В этом опыте у червей был выключен ген, кодирующий пептид ФЛП-7, а значит, именно этот пептид обеспечивал связь между серотонином и кишечником.

Для того чтобы понять, как именно работает фермент, исследователи присоединили к нему флуоресцентный красный белок, а затем наблюдали за перемещением вещества в организме

прозрачного животного. Таким образом удалось выяснить всю последовательность управления процессом: нейронные цепи в мозгу, отвечая на сигнал о поступившей в кишечник пище, инициировали образование серотонина.

Этот же сигнал влиял на работу ещё одного вида нейронов, который стимулировал производство ФЛП-7. В свою очередь, пептид активировал рецепторы клеток кишечника, а те выделяли вещества, расщепляющие жир и превращающие его в энергию. Для этого ФЛП-7 путешествовал из мозга в кишечник через кровеносную систему. Интересно, что данный пептид был обнаружен у млекопитающих ещё 80 лет назад, однако тогда никто не связал его с жировым обменом.

Следующая серия экспериментов показала, что искусственное возрастание ФЛП-7 увеличивает утилизацию жира, не производя более никаких побочных эффектов – черви продолжали нормально функционировать, просто сжигая больше жира. Таким образом, учёные полагают что смогут производить лекарства на основе гормона ФЛП-7, которые позволят полностью уничтожить поступивший с едой жир, не вызывая негативных последствий. Есть можно будет что угодно и когда угодно. Одна таблетка – и пища усвоится полностью, не оставляя жира «про запас» на боках и бёдрах.

Однако

Исследователи из Университета Барри во Флориде (США) утверждают, что облысение мужчин, которое часто воспринимается ими как серьёзная проблема, может оказаться притягательным фактором для женщин. Оказывается, представители прекрасной половины человечества считают, что лысые мужчины социально более зрелые, умные, образованные и честные по сравнению с представителями сильного пола, не потерявшими своих волос.

Статистика такова, что к 35 годам волосы теряют около 45% мужчин, к 60 годам их количество возрастает до 65%. Этот признак часто передаётся по наследству и проявляется в любой этнической группе. Такое широкое распространение облысения заставило исследователей задаться вопросом, почему лысые мужчины не исчезли эволюционно, если бы облысение было отрицательным признаком с точки зрения сексуальной привлекательности.

Учёные попросили добровольцев оценить изображение людей по четырём независимым признакам: физическая привлекательность, агрессивность, умиротворение и социальная зрелость. В качестве дополнительных факторов добровольцы оценивали честность, интеллект и социальный статус.

Согласно результатам опроса, мужчины с пышной шевелюрой

Гипотезы

Хронический синдром усталости может быть следствием сбоя иммунной системы, сообщили учёные национального центра Университета Гриффита по нейроиммунологии (Австралия). В ходе исследований они обнаружили дефектные клеточные рецепторы, которые оказались центральным звеном развития синдрома хронической усталости, причём в некоторых случаях эти дефекты были вызваны миалгическим энцефаломиелитом – инфекционной болезнью, поражающей нервную систему.

Иммунные неполадки

С точки зрения министра науки штата Квинсленд Лиэнн Енох, это открытие является хорошей новостью для всех людей, живущих с синдромом хронической усталости, так как теперь официально подтверждено, что синдром – не следствие психологических проблем, а реальная иммунная патология. «Плохая новость, – добавила она, – в том, что не существует ни эффективного лечения, ни достоверного диагностического теста, так что больные могут про-

вести много лет без надлежащего ухода».

Однако, по мнению экспертов, это исследование позволит реально взглянуть на проблему хронической усталости и начать поиски лечения не в рамках психотерапии, а в сфере аутоиммунных заболеваний. Кроме того, понимание проблемы позволит привлечь инвестиции для создания эффективного диагностического теста, который в настоящее время уже находится в стадии разработок.

Женщины предпочитают лысых

имели самые низкие оценки в плане социальной зрелости, с сильными залысынами и совсем лысые – самые высокие. Кроме того, лысые мужчины получили самые высокие баллы по социальной коммуникативности и самые низкие – по агрессивности и тревожности. Однако, как и ожидалось, оценки физической привлекательности с увеличением облысения снижались.

Как пояснил автор исследования доктор Френк Маскарелла, эти рейтинги согласуются с идеей, что облысение развилось как сигнал социальной успешности. И хотя оно уменьшает восприятие мужской привлекательности, этот «недуг» увеличивает восприятие мужчины как социально состоявшейся персоны. А как известно, физическая мужская привлекательность и социальное доминирование притягивают женщин практически одинаково. Это объясняет то, почему облысение не является препятствием для сексуального успеха мужчины, что, в свою очередь, обеспечивает передачу этого признака по наследству.

По мнению исследователей, в процессе эволюции, когда совместное существование стало важным фактором выживания, а

самцы начали играть существенную роль в семейной группе, облысение стало морфологическим признаком мужчины, который менее агрессивен, более готов к взаимодействию и не намерен активно доминировать над партнёршей.

Немного ранее доктор Маскарелла провёл неопубликованное исследование, которое показало, что нет никакой связи между степенью облысения мужчины и количеством его сексуальных партнёров. Разумеется, это не значит, что лысая голова привлекает больше женщин, но, несомненно, что для привлечения женского пола облысение препятствием не является.

Что характерно, в прошлом году звание самого сексуального мужчины, по версии одного из наиболее популярных североамериканских журналов, получил актёр Дуэйн «Скала» Джонсон, который обладает огромными залысынами и, чтобы скрыть этот «недостаток», бреет голову налысо. Примечательно, что его коллеги и знакомые в один голос утверждают, что у этого свирепого с виду человека исключительно мягкий характер. Что полностью согласуется с результатами исследований американских учёных.

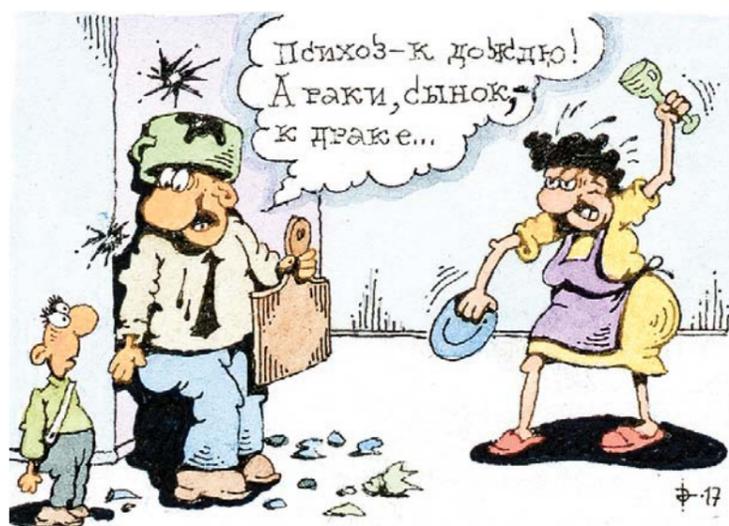
Ну и ну!

Жалобы на погоду при боли в суставах не имеют смысла – «изменения в природе» к проблемам в сочленениях не имеют никакого отношения. Таковы результаты исследований, проведённых профессором Крисом Махером из Института глобального здоровья в Сиднее (Австралия).

Обследовав более тысячи австралийцев, он обнаружил, что поясничные боли или артроз коленного сустава никак не связаны с изменением температуры, влажности, давления, ветром и дождём.

По словам К.Махера, вера в то, что погода влияет на суставные боли, возникла ещё во времена Римской империи и основана на том, что в памяти людей остаются воспоминания об изменениях погоды, происходящих одновременно с приступами боли, что заставляет людей связывать эти явления. «Люди легко восприимчивы, они запоминают те дни болевых приступов, когда на улице холодно и

У природы нет плохой погоды



дождливо, и совершенно не помнят о болях при тёплой и солнечной погоде», – пояснил он.

Исследования К.Махера были инициированы широким негативным резонансом на статью, опубликованную в 2014 г., в которой утверждался тезис о том, что внезапные острые приступы боли в пояснице не связаны с погодными условиями.

В тестировании приняли участие почти 1000 человек с болями в нижнем отделе спины и около 350 человек с артрозом коленного сустава. Используя данные из бюро метеорологии, исследователи отмечали погоду не в день, когда

пациент впервые заметил боли, а за неделю и за месяц до этого события.

В результате никакой зависимости более от температуры, влажности, давления, направления ветра или осадков обнаружено не было. Единственная корреляция касалась наступления сильной жары, но, по словам исследователей, зависимость и здесь была невысокой.

Так что стандартная фраза «что-то колено разболелось, должно быть, к дождю» может остаться присказкой любителей поворчать, но, с медицинской точки зрения, – пустая трата времени. Погода здесь ни при чём.

Подготовил Марк ВИНТЕР.

По материалам BBC, CNN, Science Daily, pnas.org.

Исполнилось 100 лет Галине Шаталовой (1916-2011) – нейрохирургу, которая, по её собственным словам, «разочаровавшись в официальной медицине, перестала резать людей и ушла в так называемое целительство». Созданная ею в 1970-е годы Система естественного оздоровления получила широкое распространение и продолжает сегодня применяться на практике.

Кармен из Ашхабада

Она родилась в Ашхабаде, где проходил службу её отец. Вскоре семья переехала в Ростов-на-Дону, где Галина в 15-летнем возрасте начала свой трудовой путь на табачной фабрике.

«Моё поступление в вуз оказалось весьма проблематичным. Ведь в те времена определяющую роль играло социальное происхождение, а оно у меня было вовсе не рабоче-крестьянским. Чтобы компенсировать этот недостаток, перед поступлением в медицинский вуз пришлось окончить рабфак. А чтобы попасть туда, я целый год проработала на табачной фабрике. До сих пор помню вездливый запах табака, которым было пропитано буквально всё: платье, пальцы, волосы. По вечерам училась на рабфаке», – вспоминала Галина Сергеевна.

В студенческие годы она активно занималась спортивной гимнастикой, конным спортом, увлекалась плаванием, шахматами, музыкой, научилась водить автомобиль и даже прыгала с парашютом. Добиваясь спортивных результатов, Галина не забывала и учёбу, о чём ясно говорит диплом с отличием Ростовского медицинского института, где она в 1938 г. была оставлена в ординатуре по хирургии. Буквально все полученные навыки не только пригодились в последующей работе (например, в Средней Азии военврачу пришлось ездить верхом), но и спасали жизнь Галине Сергеевне и её подчинённым.

Фронтной хирург

В 1939 г. с началом Финской войны, Шаталова была направлена в действующую армию, на Карельский перешеек, где приобрела бесценный опыт военно-полевой хирургии. В составе бригады врачей под руководством профессора-консультанта Карельского фронта С.Гирголава решала задачи реабилитации обмороженных, ведь эта проблема была едва ли не основной причиной гибели наших бойцов. Для быстрого и глубокого согревания тканей Шаталова и её коллеги впервые применили приборы ультразвуковой терапии, что позволило спасти тысячи солдат и офицеров. Именно фронтной опыт дал материал для её первых четырёх научных работ.

В 1941-1944 гг. военврач третьего ранга Шаталова заведовала хирургическими отделениями ряда эвакуационных госпиталей – в Ашхабаде, Самаре, Владимире. Оперировала раненых и больных воинов, за что награждена медалью «За доблестный труд в Отечественной войне 1941–1945 гг.».

Лауреат высокой премии

После войны Галина Сергеевна работала сначала хирургом в районной московской больнице, а с мая 1947 г. – в Институте нейрохирургии: вначале экстерном, затем штатным врачом отделения, потом младшим научным сотрудником. Как сказано в характеристике, подписанной директором Института нейрохирургии членом-корреспондентом АМН Борисом Егоровым (научным руководителем диссертации Галины Сергеевны), «тов. Шаталова приступила к работе в Институте нейрохирургии, имея хорошую подготовку и большой опыт по общей хирургии, будучи хирургом, широко оперирующим в различных областях общей хирургии, самостоятельно производящим крупные хирургические операции».

В 1951 г. она успешно защищает кандидатскую диссертацию на тему

«Замещение дефектов твёрдой мозговой оболочки фибриновыми плёнками». Официальными оппонентами были академик Александр Бакулев и профессор Всеволод Салищев, продолжатель славной династии профессоров-хирургов, оперировавший раненых в звании профессора ещё в империалистическую войну! Немного найдётся кандидатских диссертаций, в которых сошлись три имени, каждое из которых – легенда в хирургии. В том же году эта работа была удостоена премии имени Н.Н.Бурденко (5 тыс.

нативные методики и медицинские школы. В дальнейшем мне посчастливилось трудиться под непосредственным руководством академика Келдыша. Работа в секторе отбора и подготовки космонавтов при Академии наук убедила меня в том, что возможности живого организма практически безграничны».

Понимание этого и привело к серьёзному повороту в жизненном пути исследователя.

Основой для её нового поиска стали работы отечественных учёных. Ещё во время учёбы в институ-

экспериментов, то есть после самой тщательной проверки. В этих публикациях были обоснованы основные принципы оздоровления, которые были названы ею Системой естественного оздоровления.

Механизм саморегуляции организма включается, по мнению Шаталовой, только при воздействии на него не одного, а сразу нескольких благотворных факторов. Лишь благодаря комплексному оздоровлению организм начинает самовосстанавливаться и самосовершенствоваться. Поэтому Система

Кто примет эстафету здоровья?

Что заставляло Галину Сергеевну, уже миновав 90-летний рубеж, ездить по стране, читать лекции, поддерживать последователей, писать книги, объяснять, показывать, снова объяснять?

Евангельскую мысль о том, кому много дано, с того много и спросится, она не раз повторяла в беседах. Она ответила на этот призыв к ответственности всей своей многолетней жизнью.

Имена и судьбы

Галина Шаталова:

«Возможности живого организма практически безграничны»

К столетию родоначальницы системы естественного оздоровления

руб.). Она прямо отвечала потребностям послевоенного периода: таких несчастных после тяжёлых ранений головы было много. Пластика дефектов твёрдой мозговой оболочки продлевала жизнь тысячам ветеранов.

Главная роль – мама

Замуж Галина Сергеевна вышла в студенческие годы. Муж стал крупным деятелем советской военной науки. Генерал-майор Александр Шаталов, профессор, был начальником факультета автоматизированных систем управления Военной инженерной академии им. Ф.Э.Дзержинского. Заслуженный деятель науки и техники РСФСР. Учёный, создавший научную школу, из которой вышло более 10 лауреатов Государственной премии! Он защищал свою докторскую, когда Галина Сергеевна защищала кандидатскую диссертацию. А ведь супруги имели уже троих детей! Можно себе представить, какого напряжения сил стоил этот период жизни для жены и матери такого семейства!

Он чуть не обернулся трагедией: после своей защиты Галина Сергеевна на несколько дней потеряла зрение. Возможно, этот эпизод, да и трое подрастающих ребят, требующих внимания, заставили Шаталова, хирурга в расцвете сил, не только оставить хирургическую работу, но и в 1952 г. уйти из престижного института. Все дети, Юрий, Сергей и Галина, получили прекрасное образование, и впоследствии помогли ей в популяризации системы естественного оздоровления.

Резервные возможности человеческого организма в борьбе с болезнью – вот тайна, которая занимала её ещё с военного времени.

Новый поворот

А жизнь быстро менялась. Страшные испытания войны остались в прошлом. Не имея культуры здоровья, городское население стремительно накапливало новые недуги: атеросклероз, панкреатиты и другие болезни пищеварения, онкологические процессы из категории редких быстро стали главными причинами смерти в СССР.

Вот как Шаталова вспоминала этот период: «К тому времени я накопила достаточный багаж знаний о человеке. Казалось бы, открыта широкая дорога к благополучию и в жизни, и в науке. Но к счастью, именно тогда я и поняла, что хирургическое вмешательство – это крайняя мера. То, чем я занималась до сих пор, перестало удовлетворять меня, и я решила изучать альтер-



Оперировала Г.Шаталова (фото из семейного архива 1940-х годов)

те ей посчастливилось встретиться и беседовать с И.Павловым, труды которого были положены в основу её исследований. В дальнейшем Галина Сергеевна строила будущую систему оздоровления, опираясь на работы таких корифеев, как В.Вернадский, И.Сеченов, И.Пригожин, А.Уголев, Я.Витебский, А.Чижевский, А.Ухтомский, Л.Орбели, И.Герлович.

Недостающие звенья восполнялись длительными собственными экспериментами «на природе». Именно они показывали прекрасную физическую адаптацию участников, прошедших систему подготовки, предложенную Шаталовой.

Таких экспериментов за 40 лет Галина Сергеевна провела несколько:

Сверхмарафонский пробег на малобелковом питании спортсменов экспериментальной группы по маршруту Новосибирск – Барнаул. Акты комиссии засвидетельствовали, что спортсмены экспериментальной группы оказались выносливей и не теряли массы тела в отличие от контрольной группы спортсменов.

Серия экспериментов в пустынях, подтвердивших эффективность методик оздоровления при длительных переходах (до 600 км общая протяжённость маршрута, до 35 км в день).

Десятки школ здоровья в различных регионах России и за рубежом с целью отработки рациона питания и других составляющих системы с группами энтузиастов ЗОЖ.

Опыт личного оздоровления в ходе всех экспериментов.

Практика оздоровления больных по индивидуальным методикам.

Результаты своих исследований Галина Сергеевна опубликовала только спустя 20 лет от начала

естественного оздоровления объединяет активное движение (бег, ходьба, выполнение специальных упражнений для суставов), закаливание, правильное дыхание, полноценный сон, целебное питание и положительный психоэмоциональный настрой. «Все они призваны нормализовать такие процессы жизнедеятельности организма, как дыхание, питание, терморегуляцию, движение и психическую устойчивость», – писала она.

Опираясь на полученные результаты, в 1980 г. Г.Шаталова выступила с докладом на учёном совете Министерства здравоохранения. В обоснование своей концепции она предоставила учёному совету 49 историй болезней излечённых «неизлечимых» больных.

Но главным, на что нацеливала своих учеников Шаталова, было другое – как стать человеком, то есть как научиться

строить свою жизнь в соответствии с нравственными заповедями и постигать законы духовного мира. В своих книгах Галина Сергеевна ясно сформулировала свою основную цель: «Моя единственная мечта: вернуть человеку его самого, помочь стать таким, каким его задумала и создала природа».

В своих лекциях Шаталова часто говорила о необходимости гармоничного сочетания в практической деятельности врача как постулатов классической медицины, так и нетрадиционных методов и утверждала, что по-настоящему лечить может только здоровый человек. Как тут не вспомнить слова Антония Великого: «Величайшее из всех безобразий – требовать от других того, чего не делаешь сам».

Сейчас система Шаталовой не только не потеряла своей актуальности, но стала образом жизни тысяч последователей и благодаря их опыту позволяет обрести надежду тем, кто уже её потерял в борьбе с неизлечимыми недугами. Галина Сергеевна всегда подчёркивала реальность воплощения и практическую результативность своей системы: «...Я пришла к людям не с обличительными проповедями, демагогическими призывами и лозунгами, и даже не с благими пожеланиями, а с реальной системой оздоровления, теоретически обоснованной, вобравшей в себя многовековой опыт человечества, проверенной на практике и уже принёсшей исцеление и здоровье множеству людей, которых современная официальная медицина приговорила к смерти».

К сожалению, в научных публикациях результаты исследований Г.Шаталовой освещены недостаточно и, безусловно, нуждаются в полноценной научно обоснованной аргументации.

Давно сказано о невозможности достижения счастья без преодоления трудностей. Вся жизнь Галины Сергеевны Шаталовой – яркая иллюстрация этой мысли, её жизнь – пример для каждого стремящегося к обретению счастья для себя, своих близких, России и человечества, пример служения Отечеству в духе требований времени.

1989 г., сентябрь. Галина Сергеевна приехала на нашу турбазу прямо из Средней Азии. Загорелая, энергичная, в спортивном костюме, стройная. Трудно было поверить, что ей 73 года.

Каждое утро она вела 6-километровую пробежку группы, состоящей из сотни участников школы, купалась в ледяной воде, ежедневно демонстрируя выдающиеся примеры гибкости, силы, выносливости, позитивного настроения. А деформация коленного сустава, которую мы заметили во время купания, оказалась последствием осколочного ранения на Финской войне!

Постоянным же рефреном почти всех лекций и главным итогом школы для нас была мысль об ответственности человека за своё здоровье. Глядя на Галину Сергеевну, этому невозможно было не поверить.

Мы прекрасно понимаем, что созданная Шаталовой система – не догма, а этап развития наших знаний. Наверняка наука о здоровье готовит нам ещё много открытий. Галина Сергеевна часто цитировала Илью Герловича: «Природа... непрерывно развивается, развивается быстрее, чем растёт наше знание о ней. А если природа развивается быстрее, чем растёт наше знание о ней, то о каких истинах в последней инстанции может идти речь?»

Всем нам, её ученикам-уральцам, запомнилась яркая фраза, которой Галина Сергеевна с трибуны актов зала Уральского горного университета завершила своё напутственное слово в день празднования её 90-летия осенью 2006 г. у нас в Екатеринбурге: «Мы в сердце России. И каждый обязан делать всё то, что он может сделать. Сейчас настала решающая пора, и нам надо только осознать это. Надо стать настоящими людьми, чтобы Россия стала оплотом счастья!».

Константин ПОРОЖСКИЙ,
профессор.

Уральский государственный
горный университет.

Андрей ЩИНОВ,
кандидат медицинских наук,
врач-инфекционист
Территориального центра медицины
катастроф Свердловской области.

Екатеринбург.

На литературный конкурс

Анатолий ИВАНОВ

Боксёр-интеллигент

Рукопожатие перчатками. Удар гонга. Бой начался. Алексей сразу стал использовать своё преимущество в длине рук и, как рекомендовал тренер, левым джебом держал соперника по фамилии Семёнов на расстоянии вытянутой руки. Тот пытался прорваться ближе к Алексею, но всякий раз нарывался на перчатку. Уже на второй минуте боя Алексей основательно расквасил ему нос. Под конец раунда сопернику всё же удалось войти в клинч, но вместо того чтобы попытаться провести апперкот, он обхватил Алексея руками и, тяжело дыша, стал нервно шептать ему в ухо:

– Доктор, пожалуйста, не бейте меня в нос – урождённое искривление носовой перегородки... трудно дышать... я из-за этого в школе отставал в учёбе от сверстников...

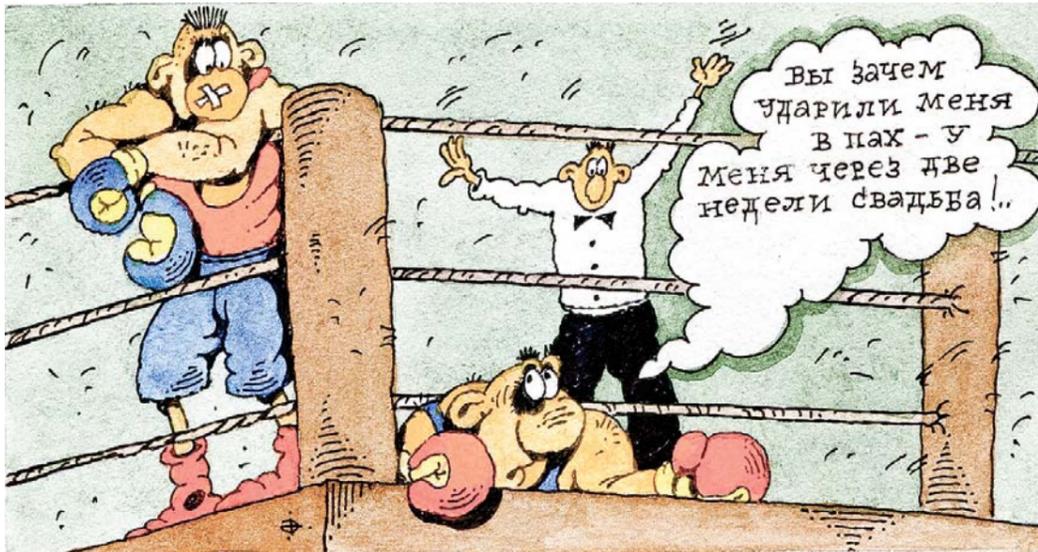
– Ладно, не буду, – буркнул в ответ Алексей.

Раздался удар гонга, и боксёры разошлись по углам.

– Отлично! Всё идёт по нашему плану. Набирай очки джебом и готовь левый хук по печени, – бодрым голосом встретил Алексея тренер.

Алексей слушал тренера и кивал головой, а сам думал, откуда же Семёнов узнал, что он врач... Видимо, тщательно готовился к бою и собрал всю информацию о нём.

Во втором раунде Алексей, как и обещал сопернику, отказался от джеба и провёл пару сильных ударов по печени. Было видно, что они потрясли Семёнова, и тот вновь обхватил руками Алексея и повис на нём.



– Доктор, – застонал он жалобным голосом, – ради бога, не бейте меня по печени, я в 10-м классе перенёс тяжёлый гепатит – до сих пор не могу есть ничего жирного и острого...

– Лечиться надо, а не боксом заниматься, – недовольно буркнул Алексей.

В течение всего следующего перерыва тренер отчитывал Алексея за то, что тот упустил реальную возможность провести ещё пару ударов по печени и досрочно завершить бой.

В третьем раунде Алексей стал обрабатывать нижнюю челюсть соперника размашистыми свингами. Голова Семёнова сотрясалась, и он кричал от каждого удара. Было видно, что ему не продержаться на ногах до конца боя. При первой же возможности он бросился в спасительный клинч. Алексей попробовал

оттолкнуть навязчивого соперника. Тот жалобно заныл: – Доктор, не бейте меня по нижней челюсти. Семьдесят тысяч вбухал в имплантаты – они ещё не успели укорениться...

– Куда же прикажете вас бить, боксёр липовый?! – зло спросил Алексей.

– Доктор, зачем бить, вы и так выигрываете по очкам, – простонал Семёнов, отцепился от Алексея и отступил на полшага.

Алексей на какую-то секунду-другую опустил руки, соображая, что делать дальше со своим болезненным соперником. В этот момент Семёнов левой рукой внезапно ударил его в пах, а правым апперкотом – в подбородок. Алексей рухнул на настил ринга. Рефери почему-то не заметил удара в пах и добросовестно отсчитал до десяти. Нокаут.

Когда объявили победителем Семёнова, тот подошёл к Алексею и снисходительно похлопал его по плечу.

– Сегодня не твой день, доктор, – сказал он, почему-то перейдя на «ты».

– Вы зачем ударили меня в пах – у меня через 2 недели свадьба! – сказал с обидой Алексей.

– А ты не предупредил... – нагло ответил Семёнов.

После этого боя Алексей завязал с боксом, несмотря на уговоры тренера и товарищей по секции.

– Интеллигентам в боксе делать нечего, тем более врачам. За соперника переживаешь больше, чем за себя, – отвечал Алексей на все уговоры.

К тому же невеста заявила категорически, чтобы Алексей даже не думал о боксе, пока они не заведут детей.

Санкт-Петербург.

Умные мысли

Виктор КОНЯХИН

Деньговизмы

- Обратите внимание на падение рубля. Он падает далеко от России.
- Все дороги бизнеса ведут в налоговую инспекцию.
- Деньги: или они есть, или их не ищите.
- На фестивале варенья наварили много валюты.
- У бедного в один карман ничего не втекает, а из второго ещё и вылетает.
- Слава – скоропортящийся продукт. Поэтому все спешат зажраться.
- Что ценнее в чулке: деньги или женская ножка?
- Рубль растёт и падает... растёт и падает... Видимо, падение способствует росту. А рост помогает паденью.
- Деньги здесь не ходят. У них средств не хватает для движения по платным дорогам.
- Воздух грязный? А это чтобы деньги из него делать.
- Кризис пришёл – отрывая карманы.
- Реклама торгует товаром и продаёт покупателя.
- В связи с отъездом за границу, срочно продам совесть. Оплата желательна в валюте.
- Я живу от зарплаты до зарплаты. Мой костюмчик живёт от заплаты до заплаты.
- Кто умеет управлять деньгами, направьте его в мой карман.
- Продвинутый олигарх поставил на каждую лодку счётчик и видеокамеру. Теперь сидит подсчитывает, как его объедает прислуга.
- Иду в ногу со временем, поэтому требуются новые перчатки.
- После передачи денег не досчитались посредника.
- Всё хозяйство пенсионерки в хозяйственной сумке.
- Если где-то научились делать деньги, значит у вас скоро начнутся проблемы с ними.
- Когда живёшь в долг, долго не проживёшь.
- Все недостатки начинаются с недостатка средств.

Московская область.

Гриб					Иностр. воин. звание	Боровиковский, портрет	СКАНВОРД										Расплав оксидов	Портъера						
Целококсиб	Отверстие, пушка	Демидова					Хлеб, Ср. Азия	Гексопреналин										Ансамбль	Аромат. подушечка	Медатор				Гидроксилохин
					Злак				Духовное звание	Органист ... Браудо		Вяз, берест		Озеро, Абхазия	Очерк									Спутник Сатурна
Остров, Курилы	Разряд избирателей	Соляной раствор, водоем					Венг. поэт					Сернобык												Перешеек, Таиланд
									Палка, городки	Пояс, кимоно			Русалка у юж. славян	Вымершая птица		Ядовитое растение	"Камо грядеши", перс.		Большая палатка					Бесконечная сумма
Игра смычком	Нем. дерматолог								Летучая мышь		Приверженец идеи	Ад (греч.)	"... Мария", Шуберт		Танц. движение									
									Раковина		Электр. сопротивление	Народность, Непал			Быть на ...	Ш А Б А Ш У	А П Е К С							
Англ. естествоиспытатель	"Вишн. сад", перс.								Опера Доницетти							С У В И М П А Т Д Ы М К А Н О Р М И								
Автор Валерий Шаршуков					Кофеин	Приступ удушья					Хотиненко, фильм					К Е Р Ш О Е И Р Ж О Э Д О А С И Н О								
																В Б О Ц М А Н И Ш А К Л И Д Е В И Н М О Р								
																О С Л О П О К А О Н О Ч Ь А Р А А Г А М И								
																Р К О Р Ж В У Д У Р Е С Л У Х С А Л								
																Ц З И Р А З А С Л И С А О								
																Ы К О К Л Е Х А Л А Н И С								
																С И В Р А Ч Ф Е Р У Л А								

Ответы на сканворд, опубликованный в № 16 от 10.03.2017.

Полное или частичное воспроизведение или размножение каким-либо способом материалов, опубликованных в настоящем издании, допускается только с письменного разрешения редакции газеты. Материалы, помеченные значком , публикуются на правах рекламы. За достоверность рекламы ответственность несёт рекламодатель.

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

Справки по тел.: 8-495-608-86-95, 8-916-271-10-90, 8-495-681-35-67.
 Рекламная служба: 8-495-608-85-44, 8-495-681-35-96, 8-967-088-43-55.
 Отдел изданий и распространения: 8-495-608-74-39, 8-495-681-35-96, 8-916-271-08-13.
 Адрес редакции, издателя: пр. Мира, 69, стр. 1, пом. XI, ком. 52 Москва 129110.
 E-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); info@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения).
 «МГ» в Интернете: www.mgzt.ru
 ИНН 7702394528, КПП 770201001, р/с 40702810338000085671, к/с 30101810400000000225, БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

Отпечатано в АО «ЭКСТРА М» 143405 Московская область Красногорский район, г. Красногорск, автодорога «Балтия», 23 км, владение 1, дом 1. Заказ № 17-02-00348 Тираж 23 907 экз. Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.

Дежурный член редколлегии – Д.ВОЛОДАРСКИЙ.

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

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

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