

Ориентиры

Полигон для инноваций

Лучший московский опыт – всем россиянам



Со времени, когда на востоке Москвы была открыта лечебница для рабочих фабрик, минуло 118 лет. Нынешняя история «ветерана» медицинской службы интересна своими преобразованиями, превратившими лечебное учреждение в мощную городскую клиническую больницу им. Ф.И.Иноземцева (ГКБ № 36), ассоциирующуюся с высоким уровнем техники и профессионализма персонала.

В её составе 9 корпусов. В одном из них, 7-этажном, разместились Региональный сосудистый центр, принявший первых пациентов 1 января 2013 г. В числе очень востребованных – ожоговый центр (сравнимый по значимости с подобным в Московском городском НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского), куда в случае необходимости доставляют вертолётами МЧС пострадавших. Над посадочной площадкой на тер-

Удаление объёмного образования с использованием операционного микроскопа проводит доцент Р.Джиджихадзе

ритории больницы постоянно кружат винтокрылые машины. Здесь находится клиническая база термических поражений, ран и раневых инфекций Российской медицинской академии последипломного образования. Более 60 лет существует эндокринное отделение (теперь – центр эндокринной хирургии). Полным комплектом необходимой современной аппаратуры оснащены центры – офтальмологический и сочетанной травмы.

В ГКБ работают 14 кафедр медицинских вузов. Для них создан единый блок науки и практики. Это научно-образовательный центр не только для повышения профессионального уровня и знакомства с новыми разработками в медицине своих специалистов, но и коллег из других клиник.

Отметим также организацию по инициативе столичного Департамента здравоохранения консультативно-диагностического отделения и включение его в 3-й уровень оказания медицинской помощи.

Особенно много дал в плане внедрения оригинальных новых технологий, позволяющих добиваться положительных результатов лечения больных, последний этап развития больницы – модернизация. На оснащение передовым оборудованием и капитальный ремонт отделений был потрачен 1 млрд руб. И сегодня тот потенциал, который был задан программой модернизации, реализуется в конкретных показателях и достижениях.

(Окончание на стр. 4.)



Вероника СКВОРЦОВА,
министр здравоохранения
Российской Федерации:

За последние 10 лет на 60% увеличился охват вакцинацией населения против сезонного гриппа.

Стр. 3



Николай ГРИГОРЬЕВ,
специалист в области
криминалистики и судебной
медицины, адвокат:

Задача профессиональных сообществ – урегулировать споры между потребителем медицинских услуг и медицинской организацией либо конкретным врачом на досудебном этапе.

Стр. 5



Ирина ВАСИЛЬЕВА,
главный фтизиатр Минздрава России,
президент РОФ/АФР:

Наша страна получила предложение ВОЗ стать центром фтизиатрической науки.

Стр. 8

Мнения

Народ выражает недовольство

Почти половина россиян недовольна низкой квалификацией медперсонала в государственных медицинских учреждениях, в то время как для пациентов частных клиник это становится проблемой в 19% случаев. Таковы результаты опроса, проведённого специалистами Ассоциации агентств мониторинга качества обслуживания (АМКО) совместно с одним из крупнейших отечественных исследовательских холдингов.

В исследовании, посвящённом оценке качества современной медицины в России, приняли участие 1500 человек в возрасте от 18 лет, проживающие в городах и сёлах во всех федеральных округах. Результаты опроса показали, что качество медицинских

услуг, оказываемых в частных клиниках, россияне оценили в среднем на 3,9 балла из 5 возможных, государственная медпомощь получила лишь 3,4 балла.

Основной причиной недовольства респонденты назвали очереди и большие потоки посетителей. Второй по важности проблемой оказалась низкая квалификация и недостаточный профессионализм персонала: применительно к частным клиникам такой ответ дали 19% опрошенных, а в госсекторе – 47%. Существенной проблемой для государственных медучреждений стали грубость и хамство персонала (27%), а также низкое качество услуг (21%).

Валентин СТАРОСТИН.

МИА Сити!

Москва.

Угроза

Пандемия совсем рядом

В десяти регионах России сложилась крайне серьёзная ситуация с распространением ВИЧ-инфекции. Об этом на днях заявил министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова. Особенно тяжёлая обстановка наблюдается в Екатеринбурге и вокруг него. По данным статистики, каждый 50-й житель миллионного города поражён вирусом иммунодефицита.

Десятка «лидеров» также известна: Самарская, Свердловская, Кемеров-

ская, Ивановская, Иркутская, Тюменская, Ленинградская, Челябинская, Оренбургская области и Пермский край.

При этом 57% всех источников заражения ВИЧ – это «инъекционный путь», чаще всего заражаются героиновые наркоманы. Если распространение опасного вируса будет продолжаться теми же темпами, то к 2020 г. эпидемия может достигнуть критической точки.

Напомним, что ранее первый заместитель начальника Управления

здравоохранения администрации Екатеринбурга Татьяна Савинова заявила, что в городе объявлена эпидемия ВИЧ.

По информации городского управления здравоохранения, в столице Урала уже зарегистрированы 26 693 случая заражения ВИЧ-инфекцией. А это составляет 1826 человек на 100 тыс. жителей, или 1,8% населения.

Алексей ПИМШИН.

МИА Сити!

Москва.



МЕДИЦИНСКОЕ ОБОРУДОВАНИЕ
ОТ РОССИЙСКОГО ПРОИЗВОДИТЕЛЯ



ОСНАЩЕНИЕ ОТДЕЛЕНИЙ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ

ПРЕДСТАВИТЕЛЬСТВА В 60 РЕГИОНАХ РОССИИ
+7(495) 780-0793, 8-800-100-44-95; www.dixon.ru

Новости

Страхи большого города

Жители мегаполисов всё чаще страдают всевозможными так называемыми пограничными психическими расстройствами, обусловленными, главным образом, условиями жизни в современных крупных городах. Об этом заявил главный психиатр Минздрава России, генеральный директор Федерального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.П.Сербского, профессор Зураб Кекелидзе.

«У жителей мегаполисов появляется, например, «пробкофобия», когда человек боится, что не сможет выйти из машины, никто не сможет оказать ему помощь. Также сюда можно отнести боязнь ездить в лифтах или в метро», – сказал З.Кекелидзе.

Наряду с этим профессор заметил, что по количеству суицидов Россия занимает девятое место среди стран Европы. При этом в начале 90-х годов минувшего столетия наша страна в этом рейтинге входила в первую тройку. Он также подчеркнул, что на сегодняшний день каждый четвёртый или пятый житель планеты страдает тем или иным психическим расстройством.

Ян РИЦКИЙ.

Москва.

Сообщи об опасности

Второй этап Всероссийской антинаркотической акции «Сообщи, где торгуют смертью!» стартовал в Омской области.

Это широкомасштабное мероприятие проводится уже несколько лет, и в его ходе все, кто осознаёт губительную опасность наркомании, могут проявить бдительность, сообщив в правоохранительные органы о местах продажи наркотиков или употребляющих их в немедицинских целях. Конечно, вся поступающая информация будет тщательно проверяться, но в большинстве случаев, как показывает опыт проведения этой акции в минувшие годы, она подтверждается.

Для связи с организаторами акции выделены специальные телефонные линии как в Омске, так и в сельских межрайонных отделах Управления МВД России по Омской области, и работать они будут круглосуточно. Жителям города на Иртыше и живущим в муниципальных районах Прииртышья через средства массовой информации также сообщён телефон доверия в областном клиническом наркологическом диспансере. Специалисты этого лечебно-профилактического учреждения готовы не только принять информацию о незаконном обороте наркотических средств и препаратов, но и проконсультировать наркозависимых по вопросам лечения и реабилитации.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ.

Омск.

Здоровье — это жизнь!

В посёлке Подгоренском Воронежской области состоялась масштабная оздоровительная акция «Здоровье — это жизнь!», приуроченная ко Всемирному дню борьбы с сахарным диабетом. Мероприятия проводились одновременно на 9 площадках. С 11 часов утра в больницах, на предприятиях, в учебных заведениях, детских садах и оздоровительных комплексах 200 медицинских специалистов проводили консультативные приёмы, обследование и мастер-классы.

В районной больнице медики исследовали уровень глюкозы в крови, а также измеряли артериальное давление. Пациентов с отклонениями в здоровье сразу же осматривали профильные специалисты. В итоге у 9 взрослых пациентов впервые обнаружили онкологические заболевания I-II стадии, среди них 5 заболеваний кожи и 4 – молочной железы.

Также врачи осмотрели 155 детей, у 51 обнаружили нарушения здоровья, троих направили на госпитализацию в медицинские организации областного центра.

Специалисты воронежской областной больницы № 1 проконсультировали более 100 человек в одной из амбулаторий. По результатам скрининга 25 пациентов направили на дальнейшее обследование.

Также врачи провели тренинги и мастер-классы, посвящённые формированию здорового образа жизни. Всего в мероприятии приняли участие около 2500 жителей подгоренского и соседних районов.

Оксана КОЗЛОВА.

Воронежская область.

Осенний упадок сил...

Осенью у людей ухудшается настроение и возникает упадок сил, считает каждый четвёртый россиянин, а каждый третий признался, что чувствует это по себе. Такие данные представил Всероссийский центр изучения общественного мнения в своём исследовании об отношении россиян к осени.

Почти половина опрошенных граждан РФ, 42%, согласились с тем, что в осеннее время года у людей ухудшается настроение и появляется упадок сил, 34% респондентов признались, что сами чувствуют повышенную утомляемость и упадок сил в последнее время. Апатия и состояние безразличия настигают 16% респондентов, 13% начинают переедать или теряют аппетит, 7% злоупотребляют алкоголем, у 7% снижается сексуальное влечение.

Если напряжение и усталость всё же настигли, то лучшим лекарством от стресса для наших сограждан является общение с родными и близкими – об этом сказали 32% респондентов. 25% помогает кино, 19% – литература, 18% – музыка, 18% – хобби, а 17% достаточно просто побездельничать на диване.

Инициативный всероссийский опрос был проведён в последние дни октября. Метод опроса – телефонное интервью по стратифицированной двухосновной случайной выборке стационарных и мобильных номеров объёмом 1600 респондентов.

Марк ВИНТЕР.

Москва.

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

Работают мастера

Тяжёлые формы
болезни излечимы

Это подтвердили недавно проведённые операции

Конференция «Междисциплинарные вопросы торакальной хирургии», посвящённая памяти М.И.Перельмана, прошла в Москве. На ней рассматривали в том числе и вопросы хирургического лечения туберкулёза лёгких.

Основной целью мероприятия являлся не только обмен опытом ведущими специалистами, но и обучение молодых врачей. С этой целью был организован мастер-класс с трансляцией из операционных двух лечебных учреждений: университетской клинической больницы фтизиопульмонологии Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова и Российского онкологического научного центра им. Н.Н.Блохина. Молодые врачи могли видеть работу специалистов в разных областях торакальной хирургии. В клинике фтизиопульмонологии Первого МГМУ им. И.М.Сеченова оперировал заведующий кафедрой фтизиопульмонологии и торакальной хирургии им. М.И.Перельмана, директор клиники фтизиопульмонологии, доктор медицинских наук, профессор Дмитрий Гиллер. В операционных РОНЦ им. Н.Н.Блохина работали директор НИИ клинической онкологии РОНЦ, доктор медицинских наук, член-корреспондент РАН Михаил Давыдов и доктор медицинских наук Ариф Аллавердиев. Все хирурги продемонстрировали лучшие достижения отечественной школы торакальной хирургии.

По сообщению из Первого Меда, в клинике фтизиопульмонологии провели сразу две очень сложные операции. Задача хирургов была – спасти жизнь двух пациентов с тяжёлой формой туберкулёза. За годы лечения у больных были использованы различные лекарственные препараты, ко многим из которых сформировалась широкая лекарственная устойчивость, заболевание прогрессировало. Для таких больных операция явилась единственным шансом на излечение и нормальную жизнь.



Наши лучшие хирурги показали высший класс в работе

Ведущие европейские хирурги специально приехали на мероприятие, чтобы перенять опыт у своих российских коллег. Знаменитые врачи из немецких клиник даже выступили в роли ассистентов профессора Д.Гиллера, на счету которого более 9 тыс. операций.

Обычно такие хирургические вмешательства делают с использованием дорогостоящих сшивающих аппаратов и расходных материалов. Однако Д.Гиллер выполнил их при помощи изобретённого им и запатентованного инструмента – многоцветного сшивающего аппарата. Уже через несколько дней, заверил хирург, пациентка будет жить обычной жизнью своих ровесников, а об операции ей будет напоминать маленький шов.

Операция у второй пациентки явилась самой обширной резекцией лёгких. Она стала дышать только пятой частью от объёма лёгких здорового человека. Эта исключительная операция требовала высочайшей квалификации. Выйдя из операционной через 3,5 часа, хирурги были довольны результатом: пациентка сразу же пришла в себя, кровопотеря была незначительной.

– Сегодня туберкулёз – это не приговор, и лечить можно самые

запущенные случаи. Нынешняя ситуация это только подтверждает. Поэтому мы можем позволить себе идти дальше, заниматься лечением как распространённых случаев болезни, так и уникальных, а главное – пытаться спасти людей, которые вчера считались безнадежными, – сказал Д.Гиллер.

Несмотря на то, что обе пациентки чувствуют себя хорошо, хирург осторожен в прогнозах. Только когда их снимут с учёта в туберкулёзном диспансере, он будет считать свою работу выполненной успешно.

Стоит отметить, что для Д.Гиллера – талантливого хирурга, учёного, яркого и неординарного человека, по его словам, большая честь возглавлять кафедру, которая носит имя Михаила Перельмана. Сегодня он имеет огромный опыт в хирургии туберкулёза, и ассистировать на его операциях считают за честь светила мировой медицины. Важно отметить, что Д.Гиллер является одним из экспертов, приглашённых ВОЗ для составления рекомендаций, направленных на ликвидацию глобальной эпидемии туберкулёза.

Павел АЛЕКСЕЕВ.
МИА Cito!

Москва.

Из первых уст

Объёмы ВМП возрастают

Нужно и дальше совершенствовать механизмы предоставления высокотехнологичных видов лечения. Об этом заявил председатель Правительства РФ Дмитрий Медведев на заседании со своими заместителями. На нём обсуждались вопросы оказания высокотехнологичной медицинской помощи, развития Дальнего Востока, государственного регулирования цен на услуги естественных монополий в аэропортах.

– Десять лет назад Национальный проект «Здоровье» начал развивать высокотехнологичную медицинскую помощь, – сказал Д.Медведев. – Многое изменилось с тех пор, хотя нерешённых проблем ещё достаточно. В этом году ВМП оказывается почти в тысяче медицинских организаций по всей стране – как в федеральных, так и в региональных. При этом объёмы

подобной помощи постоянно растут. В 2015 г. лечение получили 823 тыс. человек, в этом году планируется, что подобная цифра вырастет ещё на 100 тыс. Это сложное, дорогостоящее лечение, но тем не менее нужно сделать всё, чтобы для граждан России оно было более доступным.

– В нашей стране высокотехнологичную помощь оказывают 919 медицинских организаций, в том числе 142 федеральные организации, – пояснила вице-премьер Ольга Голодец. – Ассигнования на цели ВМП в 2016 г. увеличились на 18% по сравнению с предыдущим годом – со 150 млрд руб. до 177 млрд.

К 2018 г. объёмы оказания ВМП планируется довести до 1 млн человек. Сегодня в числе пациентов, получающих ВМП, 10% – это дети. Они имеют абсолютно беспрепятственный доступ к ВМП по всем видам.

В настоящее время российские медицинские учреждения используют 1466 методов ВМП, 513 из них входят в базовую программу ОМС. Федеральные учреждения каждый год нарабатывают новые виды ВМП, а те, которые уже стали реализуемыми, передаются в ОМС и на региональный уровень. В этом году 4 очень важных метода ВМП передаются в действующую программу ОМС. Это лечение кардиомиопатии у детей, лапароскопические операции по удалению опухолей, имплантация кардиостимуляторов, установка протезов урологическим больным. Программа развивается и делает более доступными сложные виды медицинской помощи. Поэтому за ней установлен особый контроль.

Алексей ПАПЫРИН,
корр. «МГ».

Москва.

Главная тема

Иммунобиологический щит России

Министр Вероника Скворцова открыла Всероссийский конгресс «Иммунобиологический щит России». В своей вступительной речи на пленарном заседании этого форума она рассказала о важности развития сферы иммунобиологии в последние годы и о её доказанной значимости для человечества в целом.

«Мы победили оспу, практически пришли к элиминации полиомиелита, за исключением 3-4 стран мира. В Российской Федерации за несколько последних лет не зафиксированы случаи острого полиомиелита. И победили именно путём вакцинации», – сказала глава Минздрава России.

Говоря о дальнейших стратегических направлениях в вопросе иммунизации, надо сказать прежде всего о постоянном развитии Национального календаря профилактических прививок (НКПП), который на сегодняшний день включает вакцины против 12 инфекций, в том числе против сезонного гриппа. Отмечая успехи использования НКПП за последние 10 лет, по словам министра, удалось достичь существенных позитивных результатов.

«За последние 10 лет на 60% увеличился охват вакцинации населения против сезонного гриппа. Если в прошлом году впервые было заявлено о том, что треть населения Российской Федерации прошла вакцинацию против гриппа, то в этом году планка была увеличена до 48 млн человек, что составляет 40% граждан Российской Федерации. Также за последнее десятилетие заболеваемость острым гепатитом В снизилась

более чем в 6 раз, корью – более чем в 5 раз. В 2015 г. по сравнению с 2014 г. отмечено снижение заболеваемости краснухой в 2,5 раза, эпидемическим паротитом – на 27,8%, корью – в 5,6 раза, острым гепатитом В – на 15,2%», – сказала Вероника Скворцова.

«НКПП постоянно дополняется и совершенствуется. Только в конце 2014 г. мы добавили в него вакцину против пневмококковой инфекции. И в 2015 г. мы нарастили число привитых против этой инфекции в 10 раз, что составило более 1,5 млн детей до 1 года. На следующий год первичная вакцинация ещё расширится более чем на 15%. Эти меры привели к тому, что за 2 года на 33% сократилась смертность детей до года от пневмонии, до двух лет – на 40% и на 17,4% заболеваемость детей в возрасте до 15 лет», – заключила В.Скворцова. В данный момент прорабатывается вопрос о расширении НКПП за счёт введения в него вакцин против ротавирусной инфекции и ветряной оспы. Добавить в него эти вакцины планируется в 2019 г.

«Параллельно с работой по расширению НКПП мы стараемся полностью себя обеспечить отечественными вакцинами. Прививочная кампания этого года полностью базируется на 4 российских вакцинах, которые отличаются эффективностью, качеством и высокой степенью безопасности. Причём 2 из них рекомендованы детям от 6 месяцев и беременным женщинам», – сказала В.Скворцова.

В ходе своего доклада министр также обратила внимание участников конгресса на то, что за последние несколько лет Российская Федерация

сделала существенный рывок в биотехнологическом развитии. Основой для этого прорыва послужила система направленного инновационного развития, которая формировалась последние 20-30 лет, что позволило на сегодняшний день создать мощные концентрированные центры по разработке иммунобиологических препаратов. «Сейчас идёт речь о создании сложных векторных и поливекторных вакцин, о сложных биологических конструктах, которые позволяют из микроорганизма взять только то, что необходимо для выработки устойчивого иммунитета. Примером такой разработки является российская вакцина против геморрагической лихорадки Эбола», – сообщила глава Минздрава России.

Говоря о финансировании реализации плана по охвату вакцинации на 2017 г. в рамках НКПП, В.Скворцова подчеркнула, что на следующий год оно будет сохранено в полном объёме. Сокращения федерального бюджета в 2017 г. на эти цели не предвидится.

Выступая перед участниками Всероссийского конгресса «Иммунобиологический щит России», которыми стали представители территориальных органов исполнительной власти в сфере здравоохранения, Минпромторга России, общественных и пациентских организаций, министр здравоохранения особо отметила важность проведения просветительской работы и коммуникационной кампании в вопросе о важности вакцинопрофилактики.

По сообщению пресс-службы Минздрава России.

Дословно

Беречь детские санатории!

Председатель Совета Федерации Валентина Матвиенко предложила ввести законодательный запрет на перепрофилирование и закрытие детских санаториев.

За 5 последних лет количество детей-инвалидов в России выросло на 10% и достигло 617 тыс. Об этом В.Матвиенко напомнила на заседании Координационного совета при Президенте РФ по реализации Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012-2017 гг. «Даже с учётом общего роста численности детского населения это тревожная тенденция», – сказала В.Матвиенко. – Это обуславливает необходимость усиления

мер по профилактике заболеваний и обеспечению санаторно-курортного лечения подрастающего поколения».

По словам В.Матвиенко, в России не строятся новые здравницы, а в существующих санаториях капитальный ремонт проводится «в минимальных объёмах».

Председатель Совета Федерации предложила ввести законодательный запрет на перепрофилирование детских санаториев. «Предлагаю совместно с профсоюзами обсудить эту тему», – заключила В.Матвиенко.

Игорь ГЕРБИНСКИЙ.
МИА Сити!

Официально

Не поддерживается министерством

Директор Департамента общественного здоровья и коммуникаций Минздрава России Олег Салагай сообщил, что в министерство поступают запросы относительно прозвучавшего в СМИ предложения лишать ВИЧ-инфицированных граждан водительских прав или права на выезд за рубеж.

– Данная инициатива может подтолкнуть человека отказаться от тестирования на ВИЧ и соответствующего лечения, которые

по закону являются исключительно добровольными. Более того, сегодня известно, что человек с ВИЧ, регулярно принимающий препараты, может жить обычной жизнью, создавать семью, рожать здоровых детей, эффективно работать, – пояснил он. – По этой причине данная инициатива Минздравом России не поддерживается.

Алексей ПИМШИН.
МИА Сити!

Москва.

Однако

Потребление алкоголя — наша очередная тайна?



По итогам 3 кварталов нынешнего года в России снизился продажи алкоголя. Об этом свидетельствуют данные Росстата. Больше всего упало потребление слабоалкогольных напитков с содержанием этилового спирта не более 9%: за 9 месяцев этого года – на 11,7% по сравнению с аналогичным периодом прошлого года.

Потребление пива снизилось в январе – сентябре нынешнего года на 3,2%, шампанского – на 4,2%, вина – на 1,7%, коньяка и бренди – на 2,3%, виски – на 8,7%. Потребление водки и ликёроводочных изделий снизилось незначительно – всего на 0,4%. В то же время на треть выросло потребление мёдовухи: за 9 месяцев нынешнего года – на 34,8% по сравнению с тем же периодом минувшего года. В целом продажа

алкоголя за 9 месяцев этого года в РФ сократилась на 1,6%.

«Потребление алкоголя в нашей стране падает, – отметил главный нарколог Минздрава России и Департамента здравоохранения Москвы профессор Евгений Брюн. – Это приводит к снижению негативных последствий. В настоящее время фиксируется меньшее число диагнозов, ассоциированных с употреблением алкоголя, таких как психоз и тяжёлое похмелье. Однако данная тенденция характерна для крупных городов. Что же делается в городах с численностью населения менее 30 тыс., мы не знаем, и боюсь, что этого не знает никто. Законодательством разрешено делать дистиллят, раньше это называлось самогонка, и сколько его производится в быту, неизвестно».

Алина КРАУЗЕ.
МИА Сити!

Москва.

Подписка-2017

Заканчивается подписная кампания

Уважаемые читатели!

Условия оформления подписки на «Медицинскую газету» вы найдёте в Объединённом каталоге «Пресса России – 2017» в отделениях почтовой связи России.

Для быстрого оформления достаточно указать номер подписного индекса «МГ» в зависимости от желаемого периода:

50075 – на месяц;
32289 – на полугодие;
42797 – на год.

Физические лица могут подписаться на «МГ» и через редакцию по льготным ценам, направив заявку по электронной почте: mg.podpiska@mail.ru или по почте: **пр. Мира, 69, стр. 1, Москва 129110.**

Справки по телефонам: **8 (495) 608-85-44, -681-35-96, 8-916-271-08-13.**

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



(Окончание. Начало на стр. 1.)

В беседе с главным врачом ГКБ им. Ф.И.Иноземцева профессором Александром Митичкиным основной акцент был сделан на ключевой задаче – снижении смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. По словам Александра Евгеньевича, это социально значимая проблема, которую обозначил для столичного здравоохранения на первой же конференции заместитель мэра Москвы Леонид Печатников на 2016 г., и в этом ощущается максимальная поддержка руководителя Департамента здравоохранения Алексея Хрипуна.

– В рамках реализации Государственной программы развития столичного здравоохранения на 2012–2020 гг. безусловно главным событием стала организация Регионального сосудистого центра (РСЦ), где оказывается высокотехнологичная медицинская помощь больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями и пациентам с острым нарушением мозгового кровообращения, – сказал главный врач, отвечая на вопрос о том, по каким позициям есть существенный прорыв.

Отметим сразу, что сегодня команда РСЦ состоит из специалистов высокого уровня, набравшихся знаний и опыта в лучших клиниках страны, а также Лондона и Италии. А с освоением ими современных технологий существенно расширился доступ пациентов к ВМП. И это доказывают в первую очередь факты снижения смертности от инфарктов миокарда с 23 до 8,5% в целом по московским клиникам.

– Это действительно большое достижение, в котором есть безусловно весомый вклад и медиков больницы им. Ф.И.Иноземцева. А какие слабые, Александр Евгеньевич, привели к такому крупному успеху?

– Прежде всего объясняется ответственной позицией каждого сотрудника – сделать как надо. А каждая успешная операция – это зеркало работы всего коллектива. В РСЦ – 7 профильных отделений. Чтобы обеспечить их оптимальную работу в соответствии с порядками и стандартами, многое пришлось переделать. Сейчас в распоряжении сотрудников 256-срезовый компьютерный томограф, ангиографическая установка, ультразвуковые аппараты экспертного класса, навигационное оборудование для проведения нейрохирургических операций.

В настоящее время внедрение современных рентгеноэндovasкулярных методик лечения ишемической болезни сердца, непрерывное совершенствование инструментария и накопление достаточного операторского опыта, практически любое поражение коронарных артерий доступно для коррекции. Особую актуальность рентгеноэндovasкулярные методики имеют в лечении острого коронарного синдрома (ОКС). Достоверно известно, что полноценность реваскуляризации миокарда и скорость его достижения являются основными предикторами благоприятного исхода при ОКС, в том числе осложнённого кардиогенным шоком и жизнеугрожающими аритмиями. Через отделение рентгеноэндovasкулярных методов диагностики и лечения проходит около тысячи пациентов с острым коронарным синдромом в год.

Сегодняшнее лицо сосудистого центра – современные операционные, в том числе рентгено-операционная, оборудованная многофункциональной ангиографической установкой одной из зарубежных фирм, позволяющей выполнять любые как диагностические, так и лечебные рентгеноэндovasкулярные процедуры, отвечающие всем требованиям высоких медицинских технологий.

Ориентиры

Полигон для инноваций



Главный врач Александр Митичкин

– А если говорить о лечении последствий инсульта... Судя по зарубежным источникам, он по-прежнему остаётся одной из ведущих причин летальных исходов и глубокой инвалидизации населения даже развитых стран мира.

– Да, это очень серьёзная проблема. Здесь у нас не такая радужная ситуация, несмотря на техническое оснащение, организацию в центре мощных реанимационных и реабилитационных служб, летальность от инсультов не имеет такой чётко выраженной тенденции к снижению. Инсульт – это острое заболевание, возникающее, как правило, вследствие тромбоза

– Безусловно. Если пациент почувствовал себя плохо, вызвал «скорую» и поступил в самый ранний период заболевания, врачи сделают всё, чтобы спасти ему жизнь. Для этого у нас есть все условия. На первом этаже – приёмное отделение, где его передадут «из рук в руки» ожидающей бригаде врачей. Тем более, если ему показан тромболизис, подготовку к нему начнут прямо в кабине «скорой».

А как было раньше? Пациент поступал, ему диагностировали выраженный неврологический дефицит: не мог двигать руками, ногами и не дай бог был без сознания. Врачи начинали проводить ему терапию, направленную на расширение сосудов, назначали препараты, предотвращающие свёртываемость крови, чтобы растворились образовавшиеся тромбы. Сейчас иные подходы. В РСЦ мы создали отделение сосудистой нейрохирургии, благодаря сложившимся хорошим контактам с кафедрой нейрохирургии Российской медицинской академии последипломного образования во главе с профессором Олегом Древалем. Из академии к нам пришла группа сотрудников его кафедры, внедрившая и развившая операции по сосудистой патологии головного мозга. Теперь больные с гематомами и аневризмами сосудов головного мозга оперируются в плановом и экстренном порядке. А сегодняшнее оснащение микроскопическими и навигационными системами позволяет хирургам делать в этой области сложнейшие вмешательства.

Или к примеру, тромбэкстракция из церебральных артерий при

– Вы правы, это лучшее решение. Тем более мы всегда рады будем помочь коллегам. Наша общая задача – снизить летальность от сердечно-сосудистых заболеваний.

Итак, в отделении нейрохирургии оказывают высокотехнологичную специализированную помощь больным с аневризмами, артериовенозными мальформациями, кавернозными ангиомами головного

В центре также оказывается помощь больным с тромбозом вен нижних конечностей, синдромом Лериша (с так называемой перемежающейся хромотой), с атеросклерозом артерий таза и нижних конечностей, миомой матки, кровотечениями разной этиологии и локализации. При этом подавляющее большинство этих вмешательств не требуют применения общего наркоза и



Идёт исследование больного на компьютерном томографе

мозга. При клипировании аневризмы используется инновационный доступ для данного вида патологии key-hole хирургия (хирургия через «замочную скважину»).

Комбинированные операции на аневризмах сосудов головного

осуществляются под местной анестезией с применением минимального хирургического доступа – прокола сосуда на бедре или предплечье больного.

В нашем сосудистом центре в течение года успешно проводится более 1500 вышеописанных диагностических и лечебных вмешательств, что по объёму и качеству не уступает аналогичным показателям ведущих не только российских, но и зарубежных клиник.

– Такая специализированная и высокотехнологичная помощь предназначена только для тех, кто живёт в Москве?

– Мы доступны не только для москвичей. Это позиция Департамента здравоохранения столицы – открытость и доступность московского здравоохранения для всех россиян. Не должно быть никаких запретов для пациентов из других регионов России, в том числе и для плановой госпитализации. Перед всеми медиками поставлена цель – заниматься плановым профилактическим лечением. Для своих сотрудников мы провели диспансеризацию и теперь шаг за шагом снимаем у них проблемы со здоровьем.

– И в завершение – о приоритетах на будущее.

– Главным направлением развития РСЦ остаётся внедрение в практику последних разработок, направленных на спасение жизни. Снижение смертности – это основной показатель качества жизни россиян. А потому требуется постоянная напряжённая работа ради здоровья. Мы сделали так, что наши заведующие отделениями и сотрудники кафедр находятся «на постоянном дежурстве на дому», где бы они ни находились. Если поступает больной и выставляется показание к операции, бригада нужных специалистов немедленно собирается в центре. Это позволяет уложиться в «золотой час» и делать операции с хорошими результатами.

Галина ПАПЫРИНА,
к.р.р. «МГ».Фото
Юрия ЛУНЬКОВА.

Рентген поверхностной бедренной артерии проводит заведующий отделением С.Папаян

эмболии (реже – тромбоза) мозговой артерии и приводящее к гибели вещества головного мозга в бассейне этой артерии.

К сожалению, с сосудистыми заболеваниями мы сталкиваемся тогда, когда человек находится в критическом состоянии. К этому, как правило, ведёт наше невнимание к себе, к своим проблемам со здоровьем, пренебрежение диспансеризацией, промедление вызова «скорой». Поэтому не сложнее оснастить, добавить оборудование, применить новые лекарства, чем устроить так, чтобы пациент вовремя обеспокоился болезненными симптомами.

– То есть человек должен проявлять больше внимания к своему здоровью?

лечения острого нарушения мозгового кровоснабжения – наиболее современный и эффективный метод восстановления кровотока при острой окклюзии мозговых артерий. Больница является базой внедрения данной методики в Москве. Уже нарабатан достаточный опыт проведения таких вмешательств.

– Да, в арсенале ваших специалистов столько эффективных технологий, что потребуются ещё несколько страниц «МГ», чтобы подробно описать их содержание. Просто перечислите их. Если коллег из других регионов России заинтересует, они найдут способ связаться с больницей им. Ф.И.Иноземцева...

мозга, эндоваскулярная + транскраниальная хирургия.

Эндоскопическое удаление внутримозговых гематом с использованием нейронавигации.

Удаление новообразований головного мозга функционально значимых зон с использованием нейрофизиологического мониторинга.

Интраоперационная ангиография при клипировании аневризм сосудов головного мозга с употреблением контраста ICG Pulsion.

Трансназальные эндоскопические операции при аденомах гипофиза, новообразованиях основания черепа.

Операции на стволе головного мозга при различной нейрохирургической патологии.

Проблемы и решения

Третейский суд:
примирение до приговора

Кто поможет российскому врачу выстроить линию защиты?

Необходимость создать в российской системе здравоохранения третейский суд назрела давно, и сейчас, похоже, достигла апогея. В связи с тем, что существенно изменился Уголовный кодекс, у пациентов, недовольных качеством оказанной им медицинской помощи, появилась возможность действовать весьма агрессивно: недовольство сразу оформляется в виде жалобы в Следственный комитет. Это обеспечивает быстрое начало всех мероприятий по экспертизе, а врач практически сразу меняет статус свидетеля на статус обвиняемого. Поддержки и защиты со стороны профессионального сообщества он не получает. Дело уходит в государственное судопроизводство, а дальше – кому как повезёт с экспертами, адвокатом и судьёй. И даже если в уголовном процессе рассмотрение дела прекращается, к примеру, за истечением срока давности, то гражданский иск пациента к врачу или медицинскому учреждению остаётся в силе, и он выигрывается легко.

Вот такие юридические новации просто подталкивают российское врачебное сообщество как можно скорее создать свой корпоративный (в хорошем смысле этого слова) арбитраж из числа наиболее опытных врачей-экспертов. В этом убеждён Николай Григорьев – выпускник Московской медицинской академии им. И.М.Сеченова, специалист в области криминалистики и судебной медицины, адвокат:

– Третейский суд – это самоорганизующийся и саморегулирующийся институт, который позволяет защищать права членов профессионального сообщества. К примеру, адвоката имеет такой орган: сначала человек должен обратиться в адвокатскую палату с жалобой на работу адвоката, палата рассматривает и выносит своё решение, и только после этого, если гражданин не согласен на примирение, он вправе обращаться в суд. Так же работает нотариат. Но почему такого арбитража нет в здравоохранении? Мы отдали решение вопроса «кто прав – кто виноват» целиком и полностью на откуп государственной системе правосудия, в то время как любое разбирательство в вопросах взаимоотношений врача и пациента требует прежде всего больших медицинских знаний, а не только знаний законодательства.

Во всём мире действует практика защиты врачей через профессиональные ассоциации. Это не просто работа с жалобами пациентов, но и отслеживание вероятности внедрения в клиническую практику каких-либо непроверенных и даже опасных медицинских технологий, своевременное обновление информационных и нормативных баз.

По-вашему, в системе здравоохранения России должен быть единый третейский суд или в каждом регионе и в каждой отрасли медицины – свой?

– Территориальный принцип организации работы арбитража не так важен. Он может быть создан



в каждой врачебной ассоциации, а может – один на всё медицинское сообщество России, как договариваются сами врачи. Важнее в принципе принять решение, что такую службу необходимо создавать. В нашей стране эта тема время от времени возникает с середины 90-х годов. Сегодня к ней вернулись вновь. В частности, эту идею начали активно обсуждать в Российском обществе хирургов, для врачей этой специальности данный вопрос оказался самым болезненным.

– В связи с тем, что хирургия – область медицины, изначально сопряжённая с высокими рисками причинения вреда здоровью по неосторожности?

– Отчасти с этим. Но более с тем, что в хирургии постоянно внедряются новые технологии, о сути которых пациенты ничего не знают. Примерно в 70% случаев жалобы к хирургам оказываются необоснованными, они вызваны именно недопониманием пациентом и его родственниками сути проведённого хирургического вмешательства или этапности оказания медицинской помощи. Сюда же я отношу нарушения врачебной этики, когда врачи нелегитимно комментируют действия своих коллег, проводивших предыдущие этапы лечения.

Задача профессиональных сообществ – урегулировать споры между потребителем медицинских услуг и медицинской организацией либо конкретным врачом на досудебном этапе. Для этого прежде всего необходимо рассмотреть дело по существу: был ли в принципе повод для жалобы или судебно-

го иска? Заниматься этим должны не юристы, а врачи-эксперты, причём высококвалифицированные специалисты, а их работа не должна носить откровенно обвинительный характер. Юрист же подключается к делу уже тогда, когда есть очевидный деликт: летальный исход или подразумевается связь между лечением и причинением вреда здоровью пациента.

Простейшая ситуация из судебной практики: больному была проведена сложная нейрохирургическая операция с применением современных технологий, пациент выписался из больницы, уехал к себе домой и там умер. Родственники настаивают на судебно-медицинской экспертизе, при этом отказываются предоставить медицинскую документацию умершего. Пикантность ситуации в том, что операция выполнялась трансназальным доступом, и при вскрытии следов хирургического вмешательства не обнаруживается. На этом основании судмедэксперт указывает в заключении, что операции не было. Естественно, мы сразу получаем заявление родственников в Следственный комитет, начинается проверка в больнице: а была ли операция вообще?

И это лишь один из примеров, когда судебные медики при отсутствии у них информации о современных хирургических подходах не могут дать объективное заключение. Тем более когда после хирургического вмешательства прошло какое-то время, операционная рана зажила, шовный материал рассосался. Как поступил бы в этом случае профессиональный арбитраж? Например, провёл сравнение данных МРТ или КТ-диагностики «до» и «после» операции, такая информация хранится в лечебном учреждении.

– Вероятнее всего, на этом этапе дело было бы остановлено?

– Скорее всего, да. Хотя бывают ситуации, когда даже экспертам из числа профессионалов сложно доказать неправоту обвиняемого. Это связано с несовершенством системы нормативных актов в здравоохранении. К примеру, одна такая юридическая коллизия связана с размытостью понятия «должностное лицо» в медицине. Хирург, работающий в стационаре, 2-3 раза в месяц остаётся на дежурство. Является он при этом должностным лицом или нет? Оказывается, однозначного ответа нет.

Поясню на реальном примере: пациента привезли в стационар на «скорой» с подозрением на острую кишечную непроходимость после того, как он 39 часов от начала болезни пролежал дома. В стационаре ему провели обследование, диагноз не подтвердился. Дежурный хирург сделал пациенту всё то, что должен был сделать на первом этапе оказания помощи, исходя из медицинских показаний на тот момент. К сожалению, больной умер. Родственники обратились в Следственный комитет. Экспертиза, инициированная СК, сверяла действия врача с руководством по хирургии от 2002 г., а хирург действовал по стандартам 2014 и 2016 гг. Но для обвинения это уже не аргумент.

Кроме того, врачу предъявлено обвинение в халатности, как должностному лицу, хотя данный специалист не был приказом по учреждению назначен ответственным, он просто дежурный хирург. В настоящее время должности ответственного врача в принципе нет в штатном расписании больниц. Между тем сторона обвинения отыскала в каких-то старых-престарых нормативных актах такую формулировку в отношении дежурного врача, и теперь хирургу грозит реальный срок наказания, так как для должностного лица оно строже.

Помочь врачу выстроить линию защиты, подготовить свидетельскую базу, а главное – разобраться в ситуации по существу, чтобы впрямь не было подобных случаев – вот задача третейского суда.

– Думаю, система досудебного разбирательства станет серьёзным препятствием для тех пациентов, которые ищут надуманные поводы для судебного иска, чтобы просто «отбить» свои затраты на дорогостоящее лечение.

– Действительно, есть такая категория профессиональных сутяжников, и есть юридические конторы, которые на таких исках специализируются. Особенно это распространено в пластической хирургии, тем более когда проходит несколько операций – каскад, и у пациента больше шансов придаться к чему-либо. К моему глубокому сожалению, такие люди очень часто получают компенсацию морального и материального вреда, и очень редко удаётся остановить их в судебных процессах.

Зубопротезирование, в частности имплантология, – ещё одна сфера медицины, где набирает

силу этот же негативный процесс «профессионального сутяжничества». Можно ли ставить имплантаты в нижнечелюстную нервную канал? Однозначного ответа на данный вопрос в профессиональном сообществе стоматологов нет. Одни специалисты говорят, что можно, а другие – нельзя, и часть пациентов умело этим пользуются, предъявляя иски после того, как работа по протезированию уже завершена.

– Николай Николаевич, почему большинство судебных дел выигрывают адвокаты, представляющие интересы пациентов? Они что, более подготовленные, чем те юристы, которые защищают врачей?

– На самом деле это не так. Просто общественности более известны случаи победы, чем случаи поражений адвокатов. Это же очевидно: адвокат заинтересован в собственном PR, никто из них не рассказывает, сколько раз он проиграл в суде, потому что претензия пациента оказалась необоснованной. Зато самые резонансные дела с суммами исков в несколько миллионов рублей, естественно, получают огласку, из чего и складывается превратное впечатление, что врачи всегда виноваты.

– Действительно ли большинство судебных исков в отношении врачей строится на том, что была неправильно оформлена медицинская документация: врач не счёл нужным что-то записать в историю болезни, спешил или забыл сделать запись, и это потом оборачивается против него?

– Именно так и происходит, по моим данным, практически в 95% случаев. Для того и нужен третейский суд, чтобы объективно собрать информацию и записанную, и не записанную врачом в историю болезни. Это существенно снизило бы нагрузку на следственные органы, а самих врачей избавило от многих неприятностей и переживаний. Речь не идёт о том, чтобы помочь специалисту, который действительно допустил серьёзную ошибку, избежать наказания. Мы говорим об арбитраже, задаче которого – объективизировать реальные события и факты, сделать правосудие справедливым.

Беседу вела
Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Решения

Новосибирская городская инфекционная клиническая больница № 1 «приютила» у себя поликлиническое отделение областного Центра по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями. Под амбулаторный приём пациентов центра отдан целый корпус ГИКБ № 1. Площадь новых апартаментов около 400 м², это в три раза больше, чем занимала поликлиника, располагаясь в стеснённых приспособленных условиях на первом этаже жилого дома, где в принципе невозможно было обеспечить комфортные условия для врачей и пациентов, а также создать полноценную консультативную и диагностическую службу.

Союз нерушимый?

Он выглядит вполне логичным

– На новой площадке смогут вести приём одновременно 6 врачей-инфекционистов. Здесь же пациентам будут оказывать консультативную помощь педиатр, терапевт, фтизиатр, дерматолог, невролог, психологи, социальные работники. Кроме того, ВИЧ-позитивные пациенты смогут пользоваться возможностями диагностической базы инфекционной больницы, –

говорит главный врач ГИКБ № 1 Лариса Позднякова.

В Министерстве здравоохранения Новосибирской области подчёркивают, что переезд поликлиники центра на территорию инфекционной больницы – это не просто «аренда жилья», а начало объединения двух доселе самостоятельных медицинских учреждений. Данное решение вы-

глядит вполне логичным, учитывая, что новосибирский центр по профилактике и борьбе со СПИДом имеет в своём названии отсылку на борьбу с другими инфекционными заболеваниями, однако на деле ничем, кроме диагностики и лечения собственно ВИЧ-инфекции, учреждением прежде не занималось.

Каким будет статус регионально-го центра в дальнейшем – станет

ли он просто структурным подразделением Городской инфекционной больницы или, напротив, ГИКБ № 1 вольётся в структуру Центра по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями, пока ясности нет. Известно лишь, что уровень знаний персонала обоих учреждений о ВИЧ-инфекции начнут поднимать на новую высоту. Уже в ноябре здесь проведут первый образовательный курс специалисты Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом.

Елена ЮРИНА.

Новосибирск.

У Марины С., жительницы одного из небольших городов Кузбасса, уже подрастали двое своих детей, когда они с мужем решили взять на воспитание третьего.

– Малышка оказалась недоношенной, в месяц весила всего 2,6 кг. А мои-то богатырями родились, по 4 да по 5 кг. Я на неё посмотрела – сердце сжалось: из памперсов не ноги, а спички торчат, – вспоминает женщина.

Врачи дома ребёнка честно предупредили, что девочка родилась от ВИЧ-положительной матери, имевшей проблемы с наркотиками. И что окончательно определить ВИЧ-статус ребёнка можно будет только в возрасте полутора лет. «Как судьба распорядится, так и будет», – ответила Марина.

Тепла и ласки хватит на всех

Увы, судьба распорядилась не в пользу ребёнка. Но приёмных родителей это не испугало. Они держали корову, телку, быка, борова со свиноматкой... Купили ещё козу, чтобы на козьем молоке девочка лучше набирала вес.

Какое-то время спустя родной сын Марины стал возмущаться: «Сестре взяли из детского дома подружку, возьмите и мне брата». Оформили опекунство ещё и на мальчика. А потом муж трагически погиб, и Марина осталась одна с четырьмя детьми на руках...

«Мне говорили, чтоб вернула приёмных государству, но я и думать об этом не хотела. К животным бездомным привязываешься, а тут – дети, которые давно уже стали моими. Участок приусадебный есть, молоко – мясо своё, с голоду не умрём. Пусть личная жизнь у меня не складывается, но матерью-то я быть могу».

Некоторое время спустя она взяла из дома ребёнка ещё одну ВИЧ-положительную девочку, ровесницу первой.

– Раньше я получала в Центре по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями лекарство на одну, теперь получаю на обеих, – рассказывает Марина. – Особых хлопот ВИЧ не доставляет: днём нужно дать детям сироп, на ночь Вале, как более слабой, врач назначил ещё таблетки...

Несмотря на разные темпераменты, все дети, по словам Марины, дружны между собой. Если и «задираются» иногда, то быстро мирятся. Старшие знают о диагнозе малышей, которым уже исполнилось по 3 года, и опекают их. У Вали иногда идёт кровь из

Ситуация

ВИЧ — не повод для сиротства

Кузбасских детей-сирот, живущих с этой болезнью, забирают в приёмные семьи

носа. Если мамы в этот момент дома нет, старшие берут заранее приготовленные одноразовые салфетки и помогают справиться с кровотечением. Салфетки потом выбрасывают в печку.

– Они знают, что опасна кровь в кровь, – поясняет Марина. – А если кровь попала на кожу, нужно просто вымыть руки.

Раньше Валя и Таня стояли в очереди на устройство в детский сад. Когда очередь подошла, местные чиновники попросили Марину забрать заявление. Из-за диагноза девочек.

– Думаю, они тоже хорошо информированы о путях передачи ВИЧ, просто решили перестраховаться, – рассуждает Марина. – Заявление я забрала. Если начнётся конфликт, на девочек все будут пальцем показывать. Это нам ни к чему.

История супругов Натальи и Дмитрия в чём-то похожа на Маринину. Они тоже живут в малой территории, держат своё хозяйство, и у них тоже были свои дети, когда они решили взять приёмного ребёнка.

– Поехали за одним, а уже на месте, когда познакомились с ребятами из детского дома, передумали, и в конечном итоге оформили документы на троих, – рассказывает Наталья. – То, что у двоих из них имеется «плюсик», нас не смутило. Ну, есть и есть. Внешне ведь он никак не проявляется. Дети не виноваты, что им достались ВИЧ-положительные биологические родители. Мы с мужем рассудили, что если можем облегчить их жизнь, подарить им тепло и ласку, то почему бы и нет?..

Вместе они живут уже третий год. Про ВИЧ Наталья с Дмитрием не говорят никому: ни детям, ни родственникам, ни соседям. Решили, что пока это будет их маленькой семейной тайной. Психолог центра анти-СПИД рекомендовал обсуждать с детьми проблему диагноза не раньше, чем тем исполнится 14 лет. Пока из посторонних о нём знает только педиатр, но она не распространяется о проблемах пациентов. Сын и дочь «с плюсом» просто принимают лекарства, которые доктор назначил им для поддержания слабого иммунитета. Все члены семьи соблюдают правила личной гигиены.

Не корысти ради

Полтора десятилетия назад от 10 до 20% кузбасских младенцев, рождённых ВИЧ-положительными женщинами, матери бросали прямо в роддоме. Сегодня «отказников» среди таких детей – не более 1,5%. Изменилась и ситуация с устройством ВИЧ-положительных сирот в семьи. Раньше их забирали исключительно иностранные усыновители. Теперь охотно берут и россияне. Это – тенденция буквально последних лет.

«В 2011 г. мы наблюдали 24 воспитанников кемеровского специализированного дома ребёнка, рождённых от ВИЧ-положительных матерей, – вспоминает педиатр Кемеровского областного Центра по профилактике и борьбе со СПИДом Анастасия Снопок. – Сейчас там проживают всего три наших пациента с подтверждённым ВИЧ-статусом».

«Но эти дети – не сироты, отдать их в семьи мы не можем, – уточняет заместитель главного врача дома ребёнка Елена Захарова. – Мама одного малыша в настоящее время получает лечение в стационаре. Родители ещё двоих находятся в исправительных учреждениях, но родительских прав они не лишены».

За кузбасскими детьми «с плюсом» часто приезжают из центральной России. Что касается местных приёмных родителей – в основном, это селяне и жители малых городов.

По мнению специалистов, нынешний «бум» можно объяснить несколькими причинами. Во-первых, хорошим информированием населения о том, что такое ВИЧ-инфекция, о путях её передачи вообще и о безопасности бытовых контактов с «положительными» людьми в частности. Во-вторых, доступностью терапии для лечения ВИЧ: все лекарства для таких пациентов в подразделениях областной службы анти-СПИД можно получить совершенно бесплатно. В-третьих, интеллект у детей «с плюсом», как правило, сохранён (если только у них нет другой врождённой патологии).

Иногда в качестве аргумента «за» семейное устройство таких детей называют выплату ежемесячных денежных пособий на их содержание и пенсий, положенных детям-инвалидам (а у всех, у кого подтверждён диагноз «ВИЧ», определяется инвалидность). Но с этим можно спорить.

Размер увеличенного (в связи с инвалидностью) пособия составляет сегодня в Кузбассе около 7 тыс. руб. Средний размер пенсии у детей-инвалидов с учётом районного коэффициента Кемеровской области – около 15,5 тыс. руб. Вроде немало. Но если учесть общую дороговизну и то, что таким детям необходимо усиленное разнообразное питание, – в самый раз. Представители органов опеки регулярно посещают приёмные семьи. Судя по тому, что случаи «изъятия» детей по причине плохого содержания практически отсутствуют, все выделяемые на них средства расходуются по назначению. Так что спасибо государству за реальную поддержку и дай бог здоровья людям, взявшим на воспитание чужих детей!

Материнство осознанное и... несознательное

– Случаи, когда приёмные родители или опекуны не выполняют назначения врача и плохо лечат ВИЧ-положительных детей, – большая редкость, – подчёркивает педиатр А.Снопок. – И я лично знаю только один случай, когда приёмная мать вернула ребёнка, у которого обнаружили ВИЧ. В целом общество стало гораздо более терпимо относиться к этой проблеме. Иногда мне кажется, даже излишне толерантно...

По мнению Анастасии Васильевны, главная проблема сегодня заключается в том, что матери рожают желанных, как они утверждают, детей от любимых ВИЧ-положительных мужчин, знают об опасности заражения ребёнка, но не берегут ни себя, ни его, и в итоге заражаются сами и заражают ребёнка.

– Я говорю про социально адаптированных женщин, не употребляющих наркотики и алкоголь,

порой даже с высшим образованием, – уточняет доктор. – Живёт такая дама с ВИЧ-положительным партнёром, беременеет от него, встаёт на учёт в женскую консультацию. Первый анализ на ВИЧ у неё отрицательный. Мы объясняем, что раз муж с «плюсом», она тоже попадает в группу риска. Предлагаем начать принимать антиретровирусную терапию. Потому что хороший результат её анализов на самом деле может оказаться ложным, если она сдавала их в период «немного окна», когда вирус уже попал в организм, но из-за малого количества тест-системы его не уловили. Говорим ей про то, что обязательно нужно использовать при половых контактах презервативы. Рассказываем, что, если она будет практиковать с партнёром незащищённые сексуальные контакты, грудное вскармливание для её ребёнка противопоказано, так как вирус может передаваться через материнское молоко... Она даёт расписку, что получила всю эту информацию. А в итоге у ребёнка «плюс». Потому что наши рекомендации она не выполняла. Каждый месяц мы регистрируем 2-3 случая заражения детей через перинатальные контакты. Каждый месяц!..

– В 2004-2006 гг., когда лекарства для антиретровирусной терапии были в дефиците, врачи привозили их из командировок чемаданами, – продолжает Анастасия Васильевна. – И ВИЧ-положительные женщины воспринимали профилактику как что-то волшебное, понимая, что она многократно увеличивает их шансы родить здорового ребёнка. А теперь все расслабились: лекарств хватает, они бесплатны. Ну, сегодня хватает. А что будет завтра?..

Есть и другой момент. У новорождённых детей острая ВИЧ-инфекция протекает очень тяжело, даже если лечить её по всем правилам. И детки иногда умирают. Такие случаи у нас в области регистрируются, к сожалению, ежегодно...

Валентина АКИМОВА,
соб. корр. «МГ».

Кемерово.

Тенденции

В медицинские учреждения Амурской области поступили девять новых санитарных автомобилей. Обновление экстренного автопарка стало возможным благодаря взаимодействию областных властей, Минздрава и Минпромторга России. Финансирование проекта взял на себя федеральный бюджет. Церемония передачи машин прошла на территории Амурской областной клинической больницы. Ключи бригадам вручал губернатор Александр Козлов.

Амурская область – это большие расстояния и сложный рельеф местности. При этом экстренную помощь населению никто не отменял. Медики таких бригад хорошо знают, насколько быстро изнашиваются автомобили. Регулярное обновление автопарка – как гарантия своевременной помощи.

– В последний раз мы получили новый автомобиль скорой помощи меньше года назад, – рассказал Андрей Козлов, главный врач Тындинской больницы. – Вместе с тем в нашем автопарке есть санитарный транспорт, прибывший ещё в 2006 г. в ходе реализации

Амурские медики осваивают новые «скорые»



Такие современные автомобили становятся привычными на дорогах Амурской области

нацпроекта «Здоровье». Машине 10 лет, и, конечно, она требует серьёзных финансовых вложений. Поддерживать такую технику в рабочем состоянии очень тяжело, а ведь мы обслуживаем не только Тынду, но и Тындинский район.

Новый санитарный автомобиль станет достойной заменой устаревшей машине. Я думаю, в первую очередь это почувствуют на себе наши жители.

Новые автомобили будут работать в самых разных уголках При-

амурья, в том числе удалённых. Помимо Тындинского, такую же машину получил и Зейский район. Кроме того, современная техника досталась пунктам экстренной помощи на федеральной автодороге Амур и городам Райчихинск и Белогорск. Реанимобиль самого высокого класса будет работать на станции скорой помощи в Благовещенске.

– По статистическим нормам один санитарный автомобиль должен обслуживать 10 тыс. человек населения. С учётом географической специфики в нашем регионе этот показатель перекрыт в два раза, то есть машин скорой помощи гораздо больше необходимого, – подчеркнул Николай Тезиков, министр здравоохранения Приамурья. – Однако проблема обновления санитарного автопарка остаётся актуальной. Поэтому правительство региона, Минздрав

и Минпромторг России делают всё возможное для повышения качества медицинской помощи нашему населению.

В ходе церемонии вручения ключей глава региона лично осмотрел новые автомобили, пообщался с персоналом медицинских бригад, водителями. Как отмечают врачи, «начинка» машин отвечает современным требованиям и позволяет оказывать экстренную помощь на самом высоком уровне. В числе оборудования – дефибрилляторы, аппараты для снятия кардиограммы и пр. Помимо этого, все машины приспособлены к работе в суровом климате, они оснащены печами обогрева и кондиционерами.

Как отмечают в амурском правительстве, новая партия далеко не первая. В прошлом году 18 районов получили 31 машину скорой помощи. Тогда новые «Газели» также отправились работать преимущественно в северные, удалённые районы. Причём регион смог пополнить экстренный медицинский автопарк за счёт социального партнёрства.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Благовещенск.

Фото автора.

Время действовать молодым

От конкурса «Туберкулёз-минус» – к стратегии «END-TB»

Одной из тем общенационального звучания в современной медицине остаётся туберкулёз. Несмотря на усилия специалистов всего мира, он по-прежнему занимает особое место среди социально значимых инфекционных патологий.

По оценке ВОЗ, Российская Федерация входит в число стран с максимальным распространением туберкулёза. Поэтому устранение этой проблемы стало насущной задачей отечественной медицины. Особенно теперь, когда Россия присоединилась к глобальной стратегии ВОЗ по элиминации этого заболевания, цель которой – положить конец эпидемии



Обладатель спецноминации конкурса 2016 г. Пётр Кожин

туберкулёза. Стратегия так и называется – «Конец туберкулёзу», или END-TB.

Ставка в этом процессе, рассчитанном на период до 2050 г., делается на молодых энергичных учёных и практиков. Только вот фтизиатрия всё ещё остаётся далеко не самой привлекательной для молодых, делающих свой выбор в медицине. И одним из путей привлечения в специальность, начиная ещё со студенческой скамьи, стал организованный Российским обществом фтизиатров/Ассоциацией фтизиатров России (РОФ/АФР) совместно с Минздравом России, Всемирной организацией здравоохранения и «Медицинской газетой» конкурс научно-исследовательских, прикладных и

организационных проектов учёных, практиков и студентов «Туберкулёз-минус: молодёжные инновации XXI века». Материальную поддержку молодых лидеров обеспечивает Партнёрство Лилли по борьбе с МЛУ-ТБ.

Конкурс выявляет творчески активных молодых специалистов и студентов медицинских и фармацевтических вузов, а также учёных, занимающихся фундаментальными и прикладными исследованиями в направлении борьбы с туберкулёзом. Стартовав в 2014 г. с лёгкой руки члена-корреспондента РАН Владислава Ерохина, конкурс с той поры стал авторитетным смотром передового опыта и перспективных идей молодых фтизиатров.

РОФ/АФР, равно как и вся медицинская общественность, надеются, что дерзкие подходы юной смены способны аккумулировать смелые инновационные проекты, которые повысят эффективность противотуберкулёзной службы страны.

Надо подчеркнуть, что Министерство здравоохранения РФ и Национальная медицинская палата с самого начала всемерно поддерживают конкурсные испытания среди начинающих свой путь во фтизиатрии. Минздрав России стремится создавать благоприятный климат для реализации перспективных молодёжных проектов.

За плечами специалистов противотуберкулёзной службы великие традиции врачевания, поэтому старшие коллеги ждут от молодых инициативы, предприимчивости, мотивированности на серьёзные преобразования и улучшение качества жизни соотечественников.

Вглядываясь в прошлое

Эстафета памяти

Новые поколения продолжают традиции М.Перельмана и А.Хоменко

Фтизиатры отдают себе отчёт в том, что нынешний достаточно уверенный и успешный путь к достижению цели элиминации туберкулёза зиждется на огромной работе, начатой предшественниками. Пожалуй, самыми авторитетными во фтизиатрии в последнее время были такие корифеи, как Михаил Перельман и Александр Хоменко. Эти имена известны всем, кто учился лично у них или по их книгам и выступлениям, служить этой благородной и важной профессии.

Что интересно, на свет они появились в один день – 20 декабря, только первый – в 1924 г., а второй – в 1926 г. А вот из жизни ушли в разное время и, можно сказать, в разные эпохи: А.Хоменко – в 1999 г., М.Перельман – в 2013 г.

Незаменимый для многих

Михаил Израйлевич – человек удивительный. Знаменитый доктор, выдающийся хирург, талантливый учёный, организатор, педагог, яркий общественный деятель, философ. Такой вот масштаб личности.



Когда его спрашивали, у кого он учился, он обычно отвечал, что учился и учится у своих коллег – ведь учиться надо всю жизнь. Среди учителей выделял несколько. Говорил, что поведению в лечебном учреждении научил его отец И.Перельман, В.Кованов – помог постигнуть организационные стороны работы, А.Рабухин – понимать, что такое туберкулёз, Е.Мешалкин – овладеть секретами хирургической техники, а у Б.Петровского он учился всему сразу.

Предложенные М.Перельманом новые оперативные доступы в хирургии органов дыхания получили международное признание. Высокую оценку заслужили мето-

ды склерозирующей терапии при экспираторном стенозе трахеи и бронхов, способ прецизионного удаления патологических образований из лёгких. Некоторые из этих операций в зарубежной литературе публикуются под именем М.Перельмана.

Для сегодняшнего и будущего здравоохранения остро стоит вопрос обновления медицинских кадров. Эта проблема Михаилу Израйлевичу казалась особенно важной.

Михаил Израйлевич активно участвовал в работе профессиональных организаций и никогда не считал общественную работу нагрузкой. Всегда был открыт для СМИ, постоянно и очень плодотворно сотрудничал с «Медицинской газетой».

На протяжении всей жизни трудился, не снижая темпа, и создавалось впечатление, что всё ещё только начинается и самое лучшее – впереди! Был убеждён, что «пессимизм и медицина – понятия несовместимые. Врач обязан быть оптимистом сам и должен внушать оптимизм своим пациентам и коллегам. А хорошая медицина – не только новейшие технологии. Это прежде всего гуманизм, когда профессионализм помножен на чуткость врача».

Михаил Израйлевич находился в профессии более 60 лет и с удовольствием отмечал тот огромный прогресс, который произошёл в медицине за этот период.

Вне сомнения, его яркая личность будет и дальше оказывать огромное влияние на професси-

ональную судьбу и жизнь многих людей, и поэтому будет бессмертной. Сегодня большой вклад в увековечение его достижений вносит Фонд поддержки фтизиатрии и торакальной хирургии им. М.И.Перельмана.

Школа мирового уровня

Ещё одной ярчайшей фигурой отечественной фтизиатрической службы является Александр Хоменко. Полвека своей жизни он посвятил борьбе с туберкулёзом.



Научная деятельность Александра Григорьевича во все годы была посвящена различным проблемам фтизиатрии и пульмонологии. Он выступал инициатором многих научных направлений, разработкой которых занимались сотрудники института. Нет ни одной области фтизиатрии, в которую он не вложил бы свой талант исследователя, клинициста и организатора борьбы с туберкулёзом.

Для его научно-исследовательской работы характерны глубокий анализ тенденций во фтизиатрии, нацеленность на наиболее актуальные проблемы, постоянный поиск новых методических возможностей для их решения, стремление к сочетанию достижений науки с клиникой и тесная связь с практикой. Под его руководством разработана новая методика химиотерапии туберкулёза, основанная на контроле за динамикой туберкулёзного про-

Напутствие

Смелые идеи – в практику!

Уважаемые участники конкурса научно-исследовательских, прикладных и организационных проектов молодых учёных, практиков и студентов «Туберкулёз-минус». Я благодарю организаторов конкурса и всех вас за то, что вы занимаетесь важной для России проблемой, предлагаете хорошие, перспективные идеи, направленные на борьбу с туберкулёзом. Желаю вам воплощения ваших наработок в жизнь в самое ближайшее время. Здоровья участникам конкурса!

С уважением



доктор Леонид РОШАЛЬ,
президент Национальной медицинской палаты.

цесса и выделением микобактерий туберкулёза.

Много внимания уделял фундаментальным исследованиям, за что вместе с другими специалистами был удостоен Государственной премии. Составленные под руководством А.Хоменко методические указания по химиотерапии туберкулёза служили основным пособием для проведения лечения больных.

Глубокое освещение в его работах получили также вопросы эпидемиологии и совершенствования организационных форм противотуберкулёзной работы.

Особым направлением его деятельности было обобщение опыта международного сотрудничества в области осуществления программ борьбы с туберкулёзом как в развивающихся, так и в развитых странах по линии ВОЗ и Международного противотуберкулёзного союза. Являясь экспертом ВОЗ и членом исполкома Международного противотуберкулёзного союза, он принимал участие в заседаниях рабочих групп, научных комитетов и международных конгрессов по фтизиатрии и пульмонологии.

Научно-исследовательскую работу Александр Григорьевич сочетал с активной подготовкой кадров. Можно по праву говорить о школе А.Хоменко.

Не оставлял и общественную работу, в частности был председателем Всесоюзного научного общества фтизиатров, а также Научного совета по фтизиатрии и пульмонологии АМН СССР, заместителем академика-секретаря отделения клинической медицины АМН СССР, членом президиума Учёного совета Минздрава.

В последние годы научные изыскания учёного были направлены на разработку методов диагностики и лечения остропрогрессирующего и полирезистентного туберкулёза. В те времена Александр Григорьевич много думал о том, что нас ожидает в будущем с туберкулёзом – проблемой, которой он отдал многие годы своей жизни. Этому была посвящена его актовая речь «Туберкулёз на рубеже XXI века», произнесённая и опубликованная в 1996 г., в дни его 70-летия.

Его заслуги высоко оценены в нашей стране и за рубежом. Он пользовался неизменным уважением и авторитетом среди фтизиатров как учёный и врач. Его знали как требовательного и вместе с тем доброжелательного, чуткого, внимательного человека. И ныне это имя хорошо известно во всём мире, его труды имеют мировое значение, являются ценным вкладом в изучение туберкулёза.

...К сожалению, жизнь устроена так, что с годами редуют ряды самых близких коллег, учителей, которые охотно делились с нами своими мастерством и любовью к людям. Но их след навечно в памяти их учеников и продолжателей. На своём жизненном пути многим посчастливилось лично общаться с этими высокими профессионалами и настоящими людьми. И тепло их беспокойных сердец, которые они никогда не жалели, сохраняется в душах нынешних фтизиатров, ведь любовь и призвание никогда не умирают. А значит, эстафета памяти будет передана новым поколениям.

Сегодня в Москве открылась Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Инновационные технологии во фтизиатрии», посвящённая памяти академика РАМН М.Перельмана. Накануне директор НИИ фтизиопульмонологии Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, главный фтизиатр Минздрава России, эксперт ВОЗ по туберкулёзу от РФ, президент Российского общества фтизиатров/Ассоциации фтизиатров России, доктор медицинских наук, профессор Ирина ВАСИЛЬЕВА поделилась с нашим корреспондентом тенденциями фтизиослужбы на современном этапе, а также рассказала о формате и целях форума.

– В настоящее время во фтизиатрической службе страны сохраняются позитивные тенденции, которые мы отмечаем на протяжении последних 3-4 лет. Налицо положительный устойчивый тренд снижения заболеваемости и смертности. Тем не менее, несмотря на улучшение основных эпидпоказателей, тревожными остаются 2 таких препятствия, как лекарственно-устойчивый туберкулёз и туберкулёз, сочетанный с ВИЧ-инфекцией. Не только отечественные фтизиатры, но и всё мировое медицинское сообщество всерьёз обеспокоены этими реальными угрозами, бросающими вызов человечеству. Это на самом деле всеобщая тенденция, актуальная и для нашей страны.

На лекарственно-устойчивый туберкулёз мы, в общем-то, нашли управу, определились с организацией своевременного выявления и диагностики заболевания, выработали тактику эффективного лечения, имеем собственные разработки, технологии, методики, есть у нас инновационные лекарственные препараты. Поэтому в ближайшие годы ожидаем стабилизации в этом сегменте. Но вот туберкулёз, сочетанный с ВИЧ-инфекцией, неуклонно нарастает. Общеизвестно, что ВИЧ-инфицированных больных ежегодно становится всё больше и больше. Сегодня определены наиболее проблемные регионы.

На конференции пристальное внимание мы уделим инновациям в диагностике и лечении туберкулёза с МЛУ/ШЛУ возбудителя и туберкулёза в сочетании с ВИЧ-инфекцией.

– Ирина Анатольевна, расскажите, пожалуйста, об актуальных, определяющих вопросах нынешней конференции.

– Хочу напомнить, что после ухода из жизни академика РАМН М.Перельмана традиционно в ноябре-декабре мы проводим конференции его памяти. Тема нынешней – «Инновационные технологии во фтизиатрии» – отнюдь не случайная. Её выбор связан с тем, что на недавней сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения ВОЗ всеми государствами-членами (в числе которых Россия) была принята глобальная стратегия по элиминации туберкулёза, цель которой – положить конец глобальной эпидемии туберкулёза (END-TB). Разработанная ВОЗ на период после 2015 г., эта стратегия представляется мне амбициозной и очень оптимистичной. И 2016 г. стал первым годом, когда фтизиатры всего мира активно приступили к её реализации.

Всемирная стратегия по борьбе с туберкулёзом состоит из трёх основных компонентов. Первый – пациентоориентированный подход, предусматривающий доступность к новейшим методам профилактики, диагностики и лечения всех нуждающихся. Второй – это эффективные поддерживающие системы в виде политической поддержки со стороны государства, министерств и ведомств с привлечением про-

Из первых уст

Достойны лидерства

ВОЗ определила российскую фтизиатрическую службу в качестве примера для других стран



фессиональных и общественных организаций, в том числе таких как РОФ/АФР.

Третий очень важный компонент – это интенсификация научных исследований, развитие науки, разработка новых технологий и скорейшее их внедрение в практику. Вот, собственно, почему мы именно так сформулировали тему нашей конференции. Третий компонент считаем крайне важным, чтобы уверенно двигаться вперёд. Нам необходимо наметить векторы своего движения, более эффективно организовать научно-исследовательскую деятельность, выбрать те научные направления, которые наиболее приоритетны, перспективны и принесут действительные результаты. Бесспорно, уже используемые на протяжении многих лет технологии и методики приносят свой эффект. Но вот чтобы нам радикально и в уже обозримом будущем справиться с болезнью, нужны более совершенные подходы – новые инструменты диагностики, профилактики, лечения. Всё это просто невозможно без прорывного развития науки. Кстати, могу отметить, что уже сейчас у нас появляются принципиально новые технологии.

– Какими достойными инновациями исключительно российского происхождения уже можно гордиться?

– В качестве примера могу привести технологию клапанной бронхоблокации при осложнённом туберкулёзе лёгких. На мой взгляд и взгляд многих коллег, она играет революционную роль в лечении. Терапевтические возможности сегодня ограничены, поэтому нужны другие, которые повышают эффективность традиционной терапии. Бронхоблокация применяется в тех случаях, когда хирургия противопоказана. Технология уже заняла свою нишу между терапевтическим лечением и хирургией. Хотя технология и инвазивная, но щадящая в сравнении с хирургическими методами. Во многих случаях, прежде считавшихся безнадежными, именно применение эндобронхиального клапана помогает эффективно справиться с болезнью, что показывают многолетние научные исследования и клинические испытания в различных клиниках. Новым в предложенном методе является создание лечебной гиповентиляции и ателектаза в поражённом участке лёгкого с сохранением дренажной функции блокированного бронха и полости деструкции.

Разработчик этого направления лечения – российский учёный, ведущий научный сотрудник Новосибирского научно-исследователь-

НАША СПРАВКА. Ирина Васильева служит фтизиатрии всю свою профессиональную жизнь. С момента окончания Первого медицинского института в течение четверти века работала в Центральном НИИ туберкулёза. С 2016 г. – директор НИИ фтизиопульмонологии Первого МГМУ им. И.М.Сеченова. Докторскую диссертацию посвятила лечению больных с лекарственно-устойчивым туберкулёзом. Приступила к системному изучению этого направления в 90-е годы, когда проблема только начала представлять серьёзную опасность. Продолжает исследования в данной области.

ского института туберкулёза доктор медицинских наук Арнольд Левин. Вы знаете, что в 2015 г. Фондом поддержки фтизиатрии и торакальной хирургии им. М.И.Перельмана была учреждена премия, которая вручается в рамках «перельмановской» конференции. В этом году за эту инновацию фонд номинировал на премию имени М.И.Перельмана А.Левина.

Среди других перспективных инновационных проектов хочу отметить иммуногенетические исследования, изучение молекулярной эпидемиологии туберкулёза, лекарственной резистентности возбудителя заболевания. Ведутся работы по тестированию молекул в качестве кандидатов для новых противотуберкулёзных препаратов. Находимся мы и в поиске эффективных диагностических тестов.

– Почему на «перельмановской» конференции часть мероприятий посвящена академику РАМН А.Хоменко?

– Александр Григорьевич Хоменко – корифей, учёный, известный и почитаемый во всём мире, в том числе Всемирной организацией здравоохранения. Мы чтим его память, поскольку 20 декабря ему исполнилось бы 90 лет.

Под влиянием А.Хоменко я пришла во фтизиатрию. Я была очарована этой личностью, да и нельзя было не поддаться его обаянию. Это действительно был человек, который гармонично совместил в себе всё – великий ум, мудрость, такт, гуманизм. Как научному работнику ему не было равных. Широта его натуры, можно сказать, была всемирной. Благодаря признанию и авторитету на мировом уровне он привлёк к сотрудничеству с Россией по вопросам туберкулёза ВОЗ, что было крайне важно в то сложное время. Тогда, в 90-е годы, отмечался резкий скачок заболеваемости и смертности от туберкулёза, началось формирование лекарственно-устойчивого туберкулёза, именно тогда Александром Григорьевичем были сформулированы основополагающие принципы предупреждения распространения, диагностики и лечения туберкулёза. Сегодня начатое А.Хоменко дело и сотрудничество с ВОЗ продолжаются и развиваются.

Мы помним его всегда, благодарны ему, но хотим, чтобы и молодое поколение также знало кому мы обязаны тем прогрессом, который имеем. Мы продолжаем его начинания и уже получаем первые плоды. Для фтизиатров очевидно, что результаты не бывают скорыми, они отсрочены во времени, ведь туберкулёз – инфекция «медленная». Начиная действовать сегодня, отдачу мы получаем в перспективе. Меры, предпринятые тогда, принесли результаты лишь сейчас, когда мы ощущаем заметное снижение эпидпоказателей по туберкулёзу. Во многом благодаря прозрачности А.Хоменко, сотрудничеству, правильной тактике, верному определению приоритетных

направлений сегодня мы пришли к тому, что нужно нашей стране.

И, конечно, он всегда ратовал за развитие науки. Поэтому мы посвящаем ему симпозиумы, в основном, по химиотерапии, ведь помимо того что он был блестящим организатором здравоохранения, выдающимся учёным, мудрым педагогом, наставником, личностью, прекрасным человеком, являлся ещё отличным терапевтом. И многие подходы в химиотерапии, тактику, которые он заложил, мы реализуем сейчас, именно они легли в основу наших современных схем лечения. Они по-прежнему актуальны, особенно сейчас, с появлением новых технических, инструментальных, лабораторных возможностей, современных лекарств, диагностик и т.д.

– В программе конференции заявлены современные подходы к хирургическому лечению туберкулёза, инновационные технологии диагностики и лечения туберкулёза у детей и подростков и т.д. Но ведь зарубежные коллеги в упоминаемые вами 90-е годы рекомендовали нам отказаться и от хирургии при туберкулёзе, и от фтизиопедиатрии. Вы продолжаете следовать нашим традициям?

– Нами накоплен богатый опыт, создана уникальная в мировом масштабе фтизиатрическая служба. И перечисленные вами направления признаны и развиваются теперь на международном уровне. А учиться этому сегодня не у кого, кроме как у нас. Мы в лидерах и в научных исследованиях, и в целом в борьбе с туберкулёзом, служим примером для других стран с высоким бременем туберкулёза. Наша страна получила предложение ВОЗ стать центром фтизиатрической науки, для чего мы должны сплотиться, перестроиться, оптимизировать свои подходы и работать на результат.

– Для развития службы необходим приток свежих сил, новых идей. Как решаете эту проблему?

– Чтобы быть лидерами, действительно нужно развиваться, непрерывно обогащаться новыми знаниями, подпитываться свежими соками. Мы приветствуем приток в специальность молодых кадров. У нас есть достойная и перспективная молодёжь. РОФ/АФР старается её находить, поддерживать, пестовать, стимулировать к научному поиску. Мы очень рады, что наш конкурс научно-исследовательских, прикладных и организационных проектов молодых учёных, практиков и студентов «Туберкулёз-минус: молодёжные инновации XXI века» стал уже практически традиционным. Молодёжь откликается, участвует в нём, предоставляет очень интересные работы. Расширяется его география, начиная от Ленинградской области до острова Русский в Приморском крае. Мы даём возможность участвовать в нём всем – студентам, аспирантам, молодым учёным, пытливым рядо-

вым врачам, которые ищут новые организационные подходы и пути совершенствования диагностики, выявления, лечения, профилактики заболевания.

Без молодых у нас не будет движения вперёд. Мы привлекаем их в нашу специальность, которая только на первый взгляд представляется неприглядной. Те, кто посвятили себя ей, счастливы, потому что она аккумулирует в себе самые разнообразные подходы – клинические, лабораторные, научно-исследовательские... Во фтизиатрии сокрыто ещё много потенциальных возможностей, немало «белых пятен», которые ждут своего часа и своего исследователя, прежде всего молодого.

Молодёжь откликается на наш призыв, что мы с большим удовольствием отмечаем при проведении конкурса. Приятно, когда молодые выдают свои оригинальные идеи, которые не пришли бы в голову уже опытным специалистам. У них незамысленный взгляд, свои работы они выполняют на достаточно хорошем уровне, который год от года повышается. Исследования проводят по тем критериям и принципам, которые приняты в науке, она ведь не терпит прилизанности, небрежности, она точна. Это не просто некий опыт. Всякое исследование должно быть статистически значимым, только тогда оно ценно. Поэтому конкурсу мы придаём огромное значение и продолжим эту традицию.

– В каком направлении сейчас предстоит двигаться фтизиосообществу и что приоритетно?

– Чтобы выполнить поставленные перед нами Правительством страны и Минздравом России амбициозные задачи и цели, мы должны объединить наши усилия, консолидировать наши умы, нашу волю.

А впереди? Минздравом России совместно со штаб-квартирой ВОЗ принято решение о проведении в Москве в 2017 г. глобальной министерской конференции по туберкулёзу. Уже имеется постановление Правительства РФ. Столица нашего государства примет министров здравоохранения входящих в ВОЗ стран, в которых отмечается высокое бремя туберкулёза. Мы поделимся с зарубежными коллегами идеями и опытом. А сейчас мы всем сообществом должны готовиться к этому, оправдать доверие ВОЗ, озвучившей нашему Минздраву идею, чтобы российская фтизиослужба выступила в качестве примера для других стран в борьбе с туберкулёзом. И самое главное – чтобы показала себя лидером в научных исследованиях. Научная составляющая во фтизиатрии не угасала никогда, даже в самые трудные времена. Именно от нашей страны мир сегодня ждёт прорывных технологий и лидерства. Поэтому мы должны сплотиться и направить консолидированные усилия на элиминацию палочки Коха. В последние годы у нас отмечаются уверенные шаги по снижению основных эпидпоказателей, в частности по смертности от туберкулёза, чего не удаётся достичь за короткий срок другим странам. Вот почему ВОЗ обратила своё внимание к России, считая, что у нас есть достойные опыт и потенциал, что мы должны стать лидерами. И мы должны продемонстрировать это другим странам.

Абсолютным победителем конкурса 2016 г. признан младший научный сотрудник Новосибирского научно-исследовательского института туберкулёза Сергей Пустыльников. В конкурсной борьбе прошлого года он занял 2-е место за исследование новых возможностей декстранов. Тем не менее как настоящий исследователь, находящийся в непрерывном научном поиске, представил на суд экспертов новую серьёзную работу «Влияние наивных и кондиционированных с poly(A:U) мезенхимальных стромальных клеток на течение микобактериальной инфекции у мышей».

– Сергей, какие чувства испытываете в связи с победой?

– Сначала удивление, но потом, конечно, радость. Очень приятно, когда труд оценивается, а в нашем случае это долгий труд нескольких человек над общим проектом. В первую очередь это заслуга руководителя доктора медицинских наук Якова Шмульевича Шварца. Конечно, я рад за нашу команду.

– Что вдохновило вас заняться научными изысканиями в области туберкулёза?

– Ещё несколько лет назад для меня было поразительно узнать, какое количество людей инфицировано микобактерией туберкулёза и гибнет от неё. Вот и в нашем сибирском регионе, в принципе, эпидемиологический порог превышен. Я осознал масштаб проблемы и понял, сколь востребованы поиски эффективных путей противодействия этой смертоносной инфекции. По сути, это задача мирового масштаба. Также на научный поиск меня вдохновила переписка по e-mail с профессором Теунисом Гейтенбеком (Teunis Geijtenbeek), одним из первооткрывателей рецептора DC-SIGN, изучением лигандов которого я давно занимаюсь. Этот крупный учёный поддержал мой интерес,

Новые подходы

Нужно быть открытыми миру

Чем больше оптимизма – тем больше позитивных результатов

дал несколько полезных советов, что меня вдохновило. А одним из лучших мест для проведения экспериментальных работ с микобактерией является Новосибирский НИИ туберкулёза, где я реализую свой проект.

– Насколько перспективно изучение рецептора DC-SIGN?

– Пока мы лишь показали результат, достаточно предсказуемый на основе литературных данных: то, что декстран и олигодекстран могут ингибировать DC-SIGN. Это интересно в контексте поиска эффективных ингибиторов данного рецептора для борьбы с ВИЧ-инфекцией и в контексте того, что основные клеточные мишени микобактерии туберкулёза также экспрессируют DC-SIGN. Эффективно блокировать DC-SIGN-зависимую инфекцию ВИЧ декстраны в наших экспериментах не смогли. А вот в моделях туберкулёза иммунную реакцию макрофагов и ткани лёгкого мышей на контакт с микобактериями декстраны смещали в сторону Th1, что для практики может быть интересно. Насколько это интересно, мы ещё проясним.

– Проект нынешнего года является логическим продолжением прежде проведённых исследований?

– Проект, представленный на конкурс в этом году, – это работа целого коллектива. Для меня здесь нашлись всего несколько задач. Общее с работой, представленной в прошлом году, – попытка повлиять на ход инфекции, воздействуя на ответ организма. То, что входит



в модное сейчас направление host-directed therapies. В чём новизна данной работы? Подчёркнут важный элемент подходов к клеточной терапии – обработка клеток с целью придать им определённые свойства. В нашем случае обработанные клетки лучше помогли организму животного справиться с микобактериальной инфекцией, чем необработанные.

– Какие помехи встречаете на своём исследовательском пути?

– Начиная работать, любой исследователь сталкивается с проблемой самостоятельности. Выиграть грант сам он обычно не способен. Считается правильным сначала поработать на гранты руководителя, а затем найти своё смежное направление. Но в моём случае в основном была работа

на бюджетном финансировании, и мне позволили самостоятельно заниматься своей темой. Плюсы – независимость, а сложности – экономические, но это было моё личное решение, и я мог пойти в другую лабораторию, которая выигрывает дополнительные деньги на свои задачи. Другая сложность – в освоении английского языка на уровне написания научных статей без ошибок. Чтобы успешно работать в науке, важно уметь писать.

– Насколько необходимо учёному сотрудничество со специалистами других регионов и стран?

– Я считаю, многие работы нужно вести во взаимодействии. В нашем НИИ туберкулёза любое сотрудничество приветствуется. Мой непосредственный руководитель, заместитель директора по научной работе доктор медицинских наук Татьяна Петренко всегда поддерживает любые коллаборации. Благодаря позитивному отношению к ним мне удалось поработать в виварии Института цитологии и генетики в Академгородке (Новосибирск), в Центре вирусологии и биотехнологий «Вектор» (Кольцово), в лаборатории Пуджи Джейн Дрексельского университета (США), где я проводил совместные исследования. И не зря: в результате я подготовил ряд статей, собрал материал для кандидатской диссертации, которую защитил 1 ноября. Считаю, нужно быть открытыми миру, не прятать свои идеи и гипотезы, распространять их.

– Расскажите о своей сверхзадаче в изыскательской деятельности?

– Мой небольшой опыт подсказывает, что задачи надо выбирать по силам. А далёкие мечты, какими бы яркими они ни были, уступают по уровню отдачи даже небольшим задачам, решённым от начала до конца. Конечно, хотелось бы продолжить работу с декстранами, разобраться в практическом плане с проведением доклинических и клинических испытаний, возможно, в каких-то работах принять участие. Хотелось бы расширить научный кругозор, попробовать себя в новых направлениях.

– Ваши хобби?

– Люблю бывать с семьёй, читать и писать. Сейчас пишу книгу о том, как опубликовать первую статью в международном журнале. Хочу поделиться опытом с теми, для кого это что-то абсолютное новое. Ведь тут есть много психологических барьеров, через которые нужно переступить, много нюансов, с которыми надо разобраться. Свою первую статью, обзор, я писал 4 года – от идеи до публикации. Так долго, потому что не знал многих принципов эффективной работы.

– Что желаете молодым учёным и конкурсантам?

– Когда у вас всё хорошо, никакие пожелания не нужны. Но если что-то не получается, желаю легко это переносить. Нервную систему, свою и окружающих, надо беречь. Кроме этого, лишние стрессы не зачем иммунной системе. Работа и в медицине, и в науке невозможна без ошибок и сложностей. Поэтому сохранять положительный настрой очень важно. Больше оптимизма – больше энергии, больше энергии – больше дел, больше дел – больше опыта, а больше опыта – больше позитивных результатов. Поэтому желаю в любых условиях не терять оптимизма самим и поддерживать других.

Анализ и прогнозы

Более мощное оружие?

Учёные приблизились к разработке принципиально новых средств лечения

Большой интерес вызывает исследование активности литического микобактериофага D29 на модели перевиваемой линии макрофагов, инфицированных микобактериями туберкулёза, выполненное аспирантом НИИ фтизиопульмонологии Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова Мариной Лапенковой в соавторстве с Н.Смирновой, А.Костарной, П.Руткевич, М.Владимирским (научный руководитель – заведующий лабораторией иммунологических исследований и молекулярной диагностики туберкулёза НИИ фтизиопульмонологии Первого МГМУ им. И.М.Сеченова, доктор медицинских наук, профессор Михаил Владимировский). М.Лапенкова заняла 2-е место в конкурсе.

Марина Лапенкова окончила медико-профилактический факультет Московской медицинской академии им. И.М.Сеченова, интернатуру по специальности «клиническая лабораторная диагностика». В 2014 г. поступила в аспирантуру Первого МГМУ им. И.М.Сеченова в лабораторию иммунологических исследований и молекулярной диагностики туберкулёза.



Сегодня отмечается наличие пула неизлеченных больных туберкулёзом лёгких с множественной и широкой лекарственной устойчивостью, которые являются фактически рассадником туберкулёзной инфекции и источником инфицирования лекарственных-устойчивыми микобактериями туберкулёза (МБТ) для вновь заболевших пациентов. Значительная часть этих больных не способны к длительному стационарному или амбулаторному лечению. Такая ситуация требует разработки принципиально новых средств лечения препаратами с бактерицидными свойствами и эффективным применением при коротких курсах лечения.

Применение микобактериофагов с литическими в отношении МБТ свойствами является одной из вероятных альтернатив для разработки краткосрочных курсов лечения больных туберкулёзом при лекарственной устойчивости экскретуемых микобактерий. Использование модели перевиваемых макрофагов, инфицированных растущими МБТ – один из этапов на пути к созданию новых средств абациллирования больных, поскольку на таких моделях могут быть разработаны способы транспорта микобактериофагов к очагам размножения микобактерий в организме пациентов.

Исследователи показали, что препарат микобактериофага D29 после проведённого хроматографического выделения (очистки), в отличие от неочищенного лизата фага, не оказывает токсического эффекта на культуру перевиваемых макрофагов RAW 264.

Научно-практическая значимость работы обусловлена разработкой методических подходов для исследования новых форм фаговых препаратов, позволяющих достигать более эффективного внутриклеточного транспорта фаговых частиц и их антимикобактериальной активности.

Исследования

Третье место члены экспертного совета единогласно присудили студенту 6-го курса Сибирского государственного медицинского университета Вадиму Полетике за исследование на тему: «Факторы дифференцировки и функциональной активности Th17- и Treg-лимфоцитов при туберкулёзе лёгких», выполненное в соавторстве с ассистентом кафедры патофизиологии СибГМУ Татьяной Кононовой (научный руководитель – профессор кафедры патофизиологии СибГМУ доктор медицинских наук Ольга Уразова).

Постигая тайны

Изучаются механизмы формирования эффективной противотуберкулёзной защиты

Вадим Полетика – самый молодой участник конкурса. В СибГМУ поступил в 2011 г. по окончании Академического лицея Томска с золотой медалью. За период обучения в университете неоднократно являлся победителем межвузовских региональных олимпиад по английскому языку, физиологии, философии. С первого курса занимается научной работой на кафедре биологии и генетики, в дальнейшем – на кафедре патофизиологии СибГМУ и на базе Томского НИИ онкологии. По результатам исследований имеет 13 научных публикаций. Регулярно участвует в конференциях всероссийского уровня. С 2015 г. является исполнителем гранта Российского фонда фундаментальных исследований. Лауреат премии Президента РФ по поддержке талантливой молодёжи (2013), лауреат стипендии муниципального образования «Город Томск»



(2013-2014), стипендиат Правительства РФ (2014), стипендиат Президента РФ (2015-2016), лауреат премии Законодательной Думы Томской области (2015).

Как правило, при туберкулёзе лёгких наблюдаются нарушения как на уровне врождённого, так и адаптивного антигенспецифического иммунного ответа. При этом неэффективная реализация

Th1 иммунного ответа во многом определяет риск неблагоприятного исхода заболевания. В этой связи большой интерес исследователей вызывают механизмы формирования эффективной противотуберкулёзной защиты. В настоящее время активно изучается недавно обнаруженная субпопуляция CD4+ Т-лимфоцитов – Th17-клетки. Согласно ряду исследований, Th17-лимфоциты играют важную роль в патогенезе туберкулёза лёгких, принимая участие в формировании противотуберкулёзного иммунного ответа.

Проведённое исследование имеет научно-практическую значимость. Полученные в ходе выполнения работы данные о молекулярно-генетических факторах, определяющих дифференцировку и функциональную активность Th17- и Treg-лимфоцитов, позволят сформировать целостное представление о реализации противотуберкулёзного иммунного ответа на уровне рецепторных молекул, транскрипционных факторов, иммунорегуляторных цитокинов с провоспалительной и иммуносупрессорной активностью. Результаты исследования послужат основой в разработке новых технологических приёмов диагностики патологического течения иммунного ответа при туберкулёзе лёгких, а также комплексных подходов к персонализированной его коррекции, в частности – иммунотерапии, с целью ликвидации иммуносупрессии.

При подведении итогов конкурса молодых фтизиатров «Туберкулёз-минус: молодёжные инновации XXI века» жюри обратило внимание на то, что в 2016 г. отмечался рост фундаментальных работ достойного качества. В связи с этим было учреждено 8 специальных номинаций.

Спецноминация «Перспектива»:

Наталья КОРНЕВА, старший научный сотрудник Санкт-Петербургского НИИ фтизиопульмонологии, кандидат медицинских наук.



Окончила Санкт-Петербургскую государственную педиатрическую медицинскую академию. Стаж работы по специальности – 10 лет (с 2006 по 2016 г. работа в отделении терапии туберкулёза лёгких у детей). Автор 88 опубликованных научных работ, в том числе 22 – в международных изданиях, соавтор патента «Способ диагностики туберкулёза внутригрудных лимфатических узлов бронхопульмональной группы у детей». Член Европейского респираторного общества, Национальной ассоциации фтизиатров, Национального научного общества инфекционистов. Победитель конкурса грантов для студентов, аспирантов, молодых учёных и молодых кандидатов наук (Санкт-Петербург). Финалист конкурса бизнес-идей, научно-технических разработок и научно-исследовательских проектов под девизом «Молодые, дерзкие, перспективные» (Санкт-Петербург).

На конкурс «Туберкулёз-минус» представила работу на тему: «Прогностические факторы развития туберкулёза у детей с латентной туберкулёзной инфекцией» (научный руководитель – руководитель отделения «Фтизиопедиатрия» Санкт-Петербургского НИИ фтизиопульмонологии, доктор медицинских наук, профессор Ирина Довгалюк).

Спецноминация «За оригинальность идеи исследования»:

Алексей КАЗАКОВ, фтизиатр лечебно-диагностического отделения Университетской клинической больницы фтизиопульмонологии Клинического центра Первого Мос-



ковского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, кандидат медицинских наук.

Ориентир

В непрерывном поиске

Жизнь продолжается, продолжаются и научные изыскания

С отличием окончил педиатрический факультет Омской государственной медицинской академии. Стаж работы во фтизиатрии – 11 лет. На конкурс «Туберкулёз-минус» представил работу на тему: «Оценка генетического полиморфизма генов ферментов биотрансформации ксенобиотиков у детей и подростков, больных туберкулёзом органов дыхания» (научный руководитель – главный фтизиатр Минздрава Московской области доктор медицинских наук Сергей Смердин).

Пётр КОЖИН, научный сотрудник лаборатории молекулярных механизмов свободно-радикальных процессов Новосибирского научно-исследовательского института экспериментальной и клинической медицины, кандидат медицинских наук.



Окончил медицинский факультет Новосибирского государственного университета по специальности «Лечебное дело». Автор 20 публикаций в российских и зарубежных научных журналах, около половины из которых посвящены изучению патогенеза туберкулёзного гранулематоза и поиску подходов для воздействия на него.

На конкурс «Туберкулёз-минус» представил работу на тему: «Редокс-чувствительная система антиоксидант-респонсивного элемента как новая мишень для лечения туберкулёза» (научные руководители – директор НИИ экспериментальной и клинической медицины академик РАН Вячеслав Шкурूपий, главный научный сотрудник доктор медицинских наук Елена Меньщикова).

Спецноминация «За актуальность исследования»:

Анастасия ГАЙДА, фтизиатр Архангельского областного клинического противотуберку-



лёзного диспансера, кандидат медицинских наук.

Окончила лечебный факультет Северного государственного

медицинского университета. Во фтизиатрии с 2009 г.

На конкурс «Туберкулёз-минус» представила работу на тему: «Неотложные мероприятия по предупреждению распространения туберкулёза лёгких с широкой лекарственной устойчивостью микобактерий в Архангельской области» (научный руководитель – заведующий кафедрой кожных, венерических болезней и фтизиопульмонологии Северного государственного медицинского университета член-корреспондент РАН Андрей Марьяндышев).

Ирина ЯРУСОВА, врач-бактериолог Омского областного клинического противотуберкулёзного диспансера.



С красным дипломом окончила медико-профилактический факультет Омской государственной медицинской академии.

На конкурс «Туберкулёз-минус» представила работу на тему: «Молекулярно-генетическая характеристика и лекарственная устойчивость M.tuberculosis генотипа Beijing, циркулирующих на территории Омской области» (научные руководители – заведующая кафедрой фтизиатрии и фтизиохирургии ОмГМУ доктор медицинских наук Анна Мордык, старший преподаватель кафедры эпидемиологии ОмГМУ кандидат медицинских наук Оксана Пасечник, заведующая централизованной бактериологической лабораторией Омского областного клинического противотуберкулёзного диспансера Любовь Колесникова).

Мария ГРАБОВСКАЯ, ассистент кафедры госпитальной терапии и инструментальной диагностики Тихоокеанского



государственного медицинского университета, фтизиатр Военно-морского клинического госпиталя № 1477 Минобороны России.

Окончила Владивостокский государственный медицинский университет по специальности «педиатрия». Прошла интернатуру по специальности «фтизи-

атрия» на базе Тихоокеанского государственного медицинского университета. Работает фтизиатром туберкулёзного отделения на 20 коек с бронхологическим кабинетом и проходит обучение в аспирантуре по специальности «фтизиатрия». Стаж работы – 3 года. Во время обучения в ВГМУ активно участвовала в студенческом научном обществе. Дипломант Тихоокеанской научно-практической конференции студентов и молодых учёных с международным участием в секции микробиологии, иммунологии, аллергологии. Имеет печатные работы.

На конкурс «Туберкулёз-минус» представила выполненную в соавторстве с Ириной Фольц работу на тему: «Клинико-эпидемиологическая характеристика туберкулёза у ВИЧ-инфицированных больных и исходы туберкулёза при применении высокоактивной антиретровирусной терапии» (научный руководитель – профессор кафедры госпитальной терапии и инструментальной диагностики Тихоокеанского государственного медицинского университета доктор медицинских наук Людмила Мотанова).

Мария РОМАНОВА, аспирант кафедры педиатрии Омского государственного медицинского университета, с октября 2016 г. – ассистент кафедры фтизиатрии и фтизиохирургии ОмГМУ.

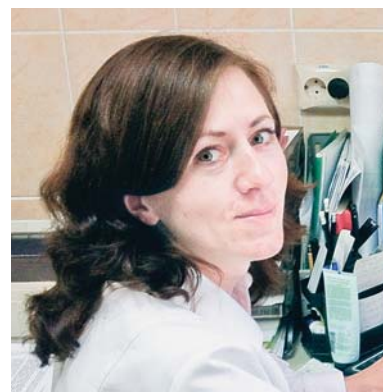


Окончила Омскую государственную медицинскую академию по специальности «педиатрия», ординатуру. Прошла переподготовку по специальности «фтизиатрия». В 2016 г. состоялась апробация кандидатской диссертации. Руководитель исследования, финансируемого за счёт гранта – «Оценка роли социального риска и наличия соматической и инфекционной патологии у детей в развитии и течении туберкулёза».

На конкурс «Туберкулёз-минус» представила работу на тему: «Соматическая и инфекционная патология у детей, больных туберкулёзом, в возрастном и временном аспектах» (научный руководитель – заведующая кафедрой фтизиатрии и фтизиохирургии ОмГМУ доктор медицинских наук Анна Мордык).

Спецноминация «За фундаментальность исследования»:

Анастасия ЕРШОВА, научный сотрудник лаборатории диагностических и экспериментальных методов исследования Уральского научно-исследова-



тельского института фтизиопульмонологии.

Окончила биологический факультет Уральского государственного университета им. А.М.Горького. В течение 12 лет работает в Уральском НИИ ФП. Начинала с должности младшего научного сотрудника лаборатории диагностических и экспериментальных методов исследования, в сентябре 2016 г. переведена в лабораторию биомедицинских исследований. Работает над кандидатской диссертацией. Имеет 42 печатных работы, 4 из которых – в зарубежных научных изданиях. Получила патент на изобретение способа оценки активности туберкулёмы.

На конкурс «Туберкулёз-минус» представила выполненную в соавторстве с Ольгой Бердюгиной работу на тему: «Оценка функциональной активности фагоцитирующих и иммунокомпетентных клеток периферической крови у больных различными формами туберкулёза лёгких» (научный руководитель – ведущий научный сотрудник лаборатории диагностических и экспериментальных методов исследования Уральского НИИ ФП доктор биологических наук Ольга Бердюгина, научный консультант – директор Уральского НИИ ФП Сергей Скорняков).

* * *

Анализ представленных на конкурс работ показал, что все обладатели специальных номинаций выбрали актуальные темы для исследования. Свои работы выполнили на хорошем методологическом уровне. Тщательно проанализировали полученные результаты. Материалы победителей отличаются новизной, достоверностью, оригинальностью, многие имеют научно-практическую значимость. Также члены экспертного совета отметили, что молодым учёным свойственны глубина раскрытия темы, аргументированность собственной точки зрения, ясность изложения, эрудиция. К проектам многие приложили отзывы авторитетных специалистов о своих работах, что также учитывалось компетентным жюри.

Итак, очередной этап конкурса завершён, но не за горами следующий. Нынешнее признание – не повод для того, чтобы почивать на лаврах. Жизнь продолжается, а значит продолжатся и научные изыскания. Фтизиосообщество рассчитывает на потенциал молодых и ожидает от них новых достижений.

Материалы
специального выпуска подготовил
Александр ИВАНОВ,
обозреватель «МГ».

Мы не ошибёмся, если скажем, что остеохондроз и связанная с ним боль — один из самых верных спутников человеческой жизни. По этому поводу один человек как-то заметил: человечество касательно его причастности к болям в спине можно разделить на три большие группы. Первая — это те, у которых уже болело. Вторая — те, у кого болит. А третья — у кого ещё заболит... И с этим трудно поспорить, можно лишь добавить, что лечить боли в спине стало довольно рискованным занятием, поскольку не знаешь, куда угодишь: или к нейрохирургу, или к психиатру, или к ростовщику...

Второе сердце

Но достаточно иронии, а давайте-ка лучше зададимся вопросом: почему при столь бесспорной значимости этой проблемы она до сих пор нигде не решена? Почему люди так мучительно и долго лечат свои «хондрозы» и «грыжи», вплоть до того, что многие продолжают своё лечение в операционной? Ведь бог весть, что за болезнь — какой-то там «бабушкин хондроз»? На самом же деле, и о чём пора вслух говорить, проблема болей в спине во многом искусственная. Профессиональные сообщества хорошо обучают пониманию того, что любая боль, будь то головная, сердечная или боль в спине, в подавляющем числе случаев является следствием нарушения кровообращения.

Однако очень мало говорится о том, что кровь по нашему организму движется благодаря не одному сердцу, а двум. Второе «сердце» — это поперечно-полосатая скелетная мускулатура. Когда мышцы сокращаются, они выталкивают из себя кровь, заставляя её двигаться в ту сторону, куда «показывают» венозные клапаны. Когда расслабляются — наполняются кровью. Работая как помпа, мышцы в значительной степени обеспечивают в организме венозный отток, в том числе — из спинномозгового канала.

Именно этим недопониманием роли мышц позвоночника в его кровообращении и их недостаточным задействованием, объясняется плохой эффект от лечения. Люди могут болеть месяцами, несмотря на скрупулёзное выполнение рекомендаций своих врачей, где бы те их ни лечили — в России или за её пределами. С той лишь разницей, что за рубежом лечение этой категории больных возложено на ортопедов, а в нашей стране — на неврологов.

Вместо того чтобы «разогнать» всё сдавливающий отёк включением мышечного «насоса», нарушение работы которого неизбежно вследствие защитного сокращения мышц, окружающих повреждённый диск, медики пытаются снять отёк медикаментозно. Это можно сравнить с тем, если палец зажать в дверях, а затем лечить посиневшую фалангу примочками и уколами, не раскрывая двери. Насколько это эффективно — нетрудно понять....

Но как раз именно этим занимается огромная армия врачей, и может даже показаться, что великое множество таблеток и уколов, которые они прописывают своим

Точка зрения

Риск, которому нет оправдания?

Остеохондроз и грыжа диска: разговор начистоту



И вот когда мышцы станут натренированными, тогда не надо будет делать никакой энергоёмкой и крайне дорогостоящей стабилизирующей хирургической операции, цена которой в платных клиниках в том же Израиле приближается к 30 тыс. долл.

Лечить и не калечить

Вот чему надо обучать медиков, чтобы перестали назначать лишь вредящие здоровью лекарства и токи, тем доводя своих пациентов до крика отчаяния — операции.

Но поскольку понимания этого до сих пор нет, огромная армия врачей во всём мире лечит эту болезнь так, как кому вздумается или выгодно.

Кто ж дирижёр в этом разногласии? Догадаться несложно. Это сеть гигантских фармакологических концернов. Этот фармакологический спрут, используя своё финансовое могущество, простёр свои щупальца повсеместно. Он сумел купить всё, в том числе и первый голос в определении политики в системе мирового просвещения и медицинского образования. В их интересах, чтобы врачи были недоученными настолько, чтобы «лечили» лекарствами даже то, что лекарствам не поддаётся.

И побережёмся здесь что-либо упрощать. Знания о значении мышечной системы в кровообращении позвоночника давно подняты «на-гора». Выводы по этой фундаментальной теме, основанные на лабораторных изысканиях, были представлены академическому научному миру ещё в середине прошлого столетия. Откуда бы о них знать автору этих строк, врачу-клиницисту, написавшему на их основе за годы 30-летней практики ряд работ о позвоночнике и его лечении? Со всей ответственностью утверждаю, что эти научные изыскания хранятся под «сукном». Учебные программы медицинских вузов и колледжей намеренно составлены так, чтобы увести обучающихся от истины, принудить их тем максимально полно использовать в своей практике фармакологическое и хирургическое лечение с применением дорогостоящего диагностического и лечебного оборудования.

пациентам, продиктовано или ненавистью их к этим страданиям, или полнейшим к ним равнодушием...

В действительности же, я считаю, медики не знают, как справиться с этой болезнью, доказывая свою беспомощность тем, что сами болеют «хондрозом» не реже остальных. А когда их измученные таким «лечением» пациенты выбиваются из сил, их направляют к нейрохирургам.

К мнению же человека с ножом обычно прислушиваются, встретившись он в тёмном переулке или в операционной. Скорее всего, именно этим страхом можно объяснить то, что каждый двадцатый мучающийся «грыжей» соглашается на предложенную операцию.

А сейчас будьте готовы к следующему заявлению. Дело в том, что всю статистику грыжесечения можно почти полностью свести к нулю. Ведь причины болей и иных осложнений не столько в грыже, сколько в отёке! Огромное количество людей ходят без операции даже не с одной, а с несколькими грыжами, которые также, замечу, давят и также натягивают. Но боли-то у них нет... Живут себе спокойно эти люди, занимаются в удовольствие спортом... Прежде чем карабкаться напуганным «кроликом» на операционный стол, нужно серьёзно задуматься.

Когда хирург удаляет грыжу, он удаляет, прежде всего, «занозу», то есть кусочек хряща, который пока ещё способен вызывать вокруг себя стерильное воспаление, а с ним — всё сдавливающий отёк. Именно этим объясняется обезболивающий эффект от операции. Но

что за нужда идти на такие жертвы, когда можно сделать иначе?! Зачем травмировать здоровые ткани, когда можно запустить в работу мышечный насос, тем самым оптимизировать нарушенный венозный отток. И тогда грыжа очень быстро начнёт терять свои инородные свойства за счёт своей естественной реструктуризации. Кроме того, вывозом со «стройки» «мусора» мы создадим благоприятные условия и для скорейшего рубцевания дефекта в диске, откуда эта «заноза» вышла.

А запускаются эти процессы, учитывая наш опыт, с помощью несложной гимнастики. А точнее — суммой последовательных выполняемых физических движений, которым можно обучить любого циркового медведя, не говоря уж о человеке. Задача врача будет состоять лишь в том, чтобы показать эти движения, согласовав их усилия с активностью болезни, и дать рекомендации по режиму, чтобы больной излишне не двигался и не срывал «корку с раны» в рубцующемся, потому ещё больном диске.

Ну а затем, когда диск зарубцуется, грамотно нагрузить человека силовыми упражнениями, чтобы натренированными, сильными мышцами предотвращать опасные смещения позвонков — нестабильность, закономерно появляющуюся там, где межпозвонковые диски уплощены. Ведь если оставить эти «люфты» позвонков без внимания, они вскоре проявят себя повышенной утомляемостью мышц позвоночника, хрустом и болезненными «закусываниями» в нём, что вкуче будет нести риск вспышек обострений.

Убеждён, что тема болей в спине, как весомая составляющая в общем списке человеческих недугов, стоит того, чтобы быть полно освещённой. По логике вещей заявление о причинной роли глубоких мышц должна была бы сделать академическая наука. Но этого не произошло, и, вероятно, одно из объяснений тому — слишком вязкое болото, в которое погрузились диссертанты благодаря своим полунаучным диссертациям. Нелегко признавать свои ошибки, трудно расставаться с учёными званиями. Мне неизвестны случаи добровольного отказа от учёной степени, поэтому можно предположить, что огромная армия врачей, возвращённых на ложных представлениях о болях в спине, будет упорно продолжать безнаказанно наносить вред пациентам, соизмеримый масштабностью с геноцидом.

Вот одна из причин того, почему детей в школах обучают чему угодно, только не тому, как сберечь своё «древо жизни». Напротив, учебные заведения стали настоящей кузницей остеохондрозов, сколиозов, травм шейного отдела позвоночника. С первых лет посещения детьми школы это древо ломают грузом ранцев и непомерно продолжительным учебным часом. А когда, устав сидеть за партами, дети интуитивно находят верное решение и начинают подпирать голову рукой, им запрещают использовать эту опору, под предлогом её небрежности, вместо того, чтобы научить помогать себе красиво, изящно.

А учение это несложно. Во всяком случае, не сложнее тех премудрых формул из точных наук, которые, за их невостребованностью, большинство по окончании школы забывает. Ведь не каждый рождается Лобачевским или Менделеевым, и это очевидно. Как очевидно и то, что каждый может стать камнем на шее государства по причине стойкой утраты трудоспособности.

Кто-то скажет, что человек лучше выпьет лекарство, чем будет заниматься собой. Не соглашусь с этим утверждением. Только самоубийца выпьет содержание склянки, на которой написано «яд». Всё зависит от акцентов просвещения. На что они будут расставлены. Не будем забывать, что позвоночный столб — это главная опора и важнейшая нервная магистраль человеческого организма. Его поломки весьма существенно омрачают человеку жизнь.

Заботиться о теле!

Святые отцы говорят: тело — это осёл, на котором мы должны ехать до небесного града Иерусалима: если не докормишь его — свалится, если перекормишь — взбесится. Поэтому всегда надо держаться золотой середины. Заботиться о теле, коль хочешь донести драгоценный «кувшин» до пункта назначения. И хочется пожелать, чтобы содержание вашего «кувшина» было подобно вину: что ни год, то ценнее.

Андрей ДОЛЖЕНКОВ,
врач-вертебролог.

Екатеринбург.

Фото Юрия ЛУНЬКОВА.

Деловые встречи

Неонатологам — новые методики офтальмологов

Щедро поделились богатым опытом по выявлению ретинопатии недоношенных (РН) перед слушателями Всероссийского сертификационного клинического семинара «Неонатальная интенсивная терапия и реаниматология» офтальмологи Калужского филиала МНТК «Микрохирургия глаза» им. С.Н.Фёдорова.

Как сообщил корреспонденту «Медицинской газеты» директор филиала, доктор медицинских наук, заслуженный врач РФ Александр Терещенко, неонатологам и реаниматологам, приехавшим в город

на Оке из разных уголков страны, была предоставлена возможность детально ознакомиться с системой организации мониторинга диагностического обследования и лечения РН, разработанной и успешно

внедрённой в калужской клинике. Неонатологи, работающие с младенцами, появившимися на свет раньше положенного срока, получили в своё распоряжение диагностические методики для выявления РН: компьютерную морфометрию, флуоресцентную ангиографию, обследование на ретинальной камере «Реткам».

Во время трансляции в режиме онлайн из лазерной операционной

участники семинара стали свидетелями-ассистентами проведения паттерной лазерокоагуляции сетчатки глаза двухмесячному малышу. Операцию выполнила заведующая отделением лазерной хирургии донной патологии глаза Юлия Сидорова.

Впрочем, опыт и инновационные методики калужских офтальмологов успешно применяют их коллеги в Новосибирском, Хабаровском и Тамбовском филиалах МНТК «Микро-

хирургия глаза» им. С.Н.Фёдорова, так что в этих клиниках неонатологам из сопредельных регионов и в дальнейшем можно получать предметные консультации по клинико-организационным аспектам оказания специализированной помощи недоношенным детям.

Владимир КОРОЛЁВ,
собр. корр. «МГ».

Калуга.

Резистентной артериальной гипертонией (АГ) по определению Американской ассоциации кардиологов (АНА) (American Heart Association) является АГ, когда АД остаётся выше целевого уровня на фоне применения не менее 3 антигипертензивных препаратов различных классов (эти препараты должны использоваться в оптимальных дозах, и один из них должен относиться к диуретикам). Дополнительные сложности обусловлены плохим комплаенсом (приверженностью), который свойственен очень многим больным АГ. Так, по данным, приблизительно 40% пациентов с впервые диагностированной АГ самостоятельно прекращают приём антигипертензивных препаратов на протяжении первого же года с момента назначения лечения.

Целевым АД для большинства больных является уровень < 140/90 мм рт.ст. У пациентов с сахарным диабетом (СД), с высоким и очень высоким риском (инсульт, инфаркт миокарда, протеинурия, хроническая почечная недостаточность) – < 130/80 мм рт.ст.

Распространённость резистентной АГ достаточно высокая и достигает 10-30% среди больных АГ.

Провоцирующие факторы:

- ожирение, преимущественно абдоминальное (АО), сочетается с более тяжёлой АГ, большим числом применяемых медикаментозных препаратов, меньшей возможностью достижения целевых уровней АД;

- избыточная масса тела. Индекс массы тела (ИМТ) – представляет отношение веса к площади поверхности тела (кг/м²). Нормальный ИМТ 19-25 кг/м². При ИМТ > 25 кг/м² отмечается избыточная масса тела, при ИМТ ≥ 30 кг/м² – ожирение.

Абдоминальное ожирение предполагает измерение окружности талии – у мужчины она не должна превышать 102 см, у женщин – 88 см. Пациенты с ожирением или избыточной массой тела чаще страдают резистентной АГ. Излишнее потребление с пищей натрия повышает АД, снижает эффективность многих антигипертензивных препаратов, особенно у пожилых и пациентов с хроническими по-

Слово о болезни

Особенности диагностики и терапии резистентной артериальной гипертонии



ния чаще появляются у пожилых, пациентов с сахарным диабетом, хроническими заболеваниями почек.

При наличии резистентной АГ следует исключить заболевания, приводящие к вторичной (симптоматической) АГ. К подобным относятся – заболевания почек, синдром ночного апноэ, первичный альдостеронизм, реже – синдром Иценко – Кушинга, феохромоцитома, гиперпаратиреоз, коарктация аорты.

Уровень креатинина ≥ 1,5 мг/дл – предиктор невозможности достижения целевого АД. Резистентность к лечению больных хронической почечной недостаточностью

ангиография, сцинтиграфия почек, компьютерная томографическая ангиография.

Синдром ночного апноэ связан с повышением АД, чаще возникает у мужчин. В его происхождении имеют значение переходящая гипоксемия и повышение сопротивления верхних дыхательных путей, приводящие к активации симпатoadренальной системы с увеличением сердечного выброса, периферического сосудистого сопротивления, задержке жидкости. Дневная сонливость, ночной храп, эпизоды остановки дыхания во сне позволяют предполагать наличие синдрома ночного апноэ.

Полисомнографическое исследование позволяет объективизировать это состояние. Лечение осуществляется созданием постоянного положительного давления воздуха в дыхательных путях. Первичный альдостеронизм является довольно частой причиной АГ. Так, у 11% пациентов с резистентной АГ был диагностирован первичный альдостеронизм.

Клиническими проявлениями его являются мышечная слабость, парестезии, судороги, никтурия. Гипокалиемия – это важный, но необязательный симптом заболевания. Ценным методом диагностики является повышение соотношения альдостерон/ренин в плазме крови. Для объективизации изменений в надпочечниках проводится компьютерная томография.

Пациентам с альдостеромой проводится хирургическое лечение, при двусторонней гиперплазии коры надпочечников назначают антагонисты альдостерона в комбинации с антигипертензивными препаратами.

В основе резистентности к лечению наиболее часто встречаются следующие факторы – ожирение, избыточное потребление натрия, ХПН, синдром ночного апноэ. Поражение органов мишеней (гипертрофия миокарда левого желудочка, ретинопатия, ХПН) помогают диагностике неконтролируемой (резистентной) АГ. Обнаружение ХПН требует достижения более низких цифр АД (< 130/80 мм рт.ст.) и назначения диуретиков.

Суточное мониторирование АД особенно рекомендовано следующим категориям больных:

- пациентам со стабильным повышением АД на врачебном приёме по сравнению с измерением дома;

- пациентам с повторными проявлениями гипотензии на фоне антигипертензивной терапии;

- пациентам с хронически повышенным уровнем АД при отсутствии поражения органов-мишеней.

Часто феномен резистентности обусловлен вторичным (симптоматическим) характером АГ (эти данные приведены ранее).

К основным препаратам антигипертензивной терапии при резистентной АГ относятся: диуретики, назначаемые в адекватной дозе; препараты, воздействующие на ренин-ангиотензин-альдостероновую систему (РААС) – иАПФ, БРА; антагонисты медленных кальциевых каналов (АК); блокаторы рецепторов минералокортикоидов.

Диуретики длительного действия имеют выраженное влияние на плохо контролируемую АГ. Это же касается петлевых диуретиков длительного действия.

РААС играет важную роль в патогенезе АГ. Вследствие чего, рациональное использование лекарственных средств, ингибирующих АПФ – иАПФ и АРА II (БРА, сартаны), следует считать существенным и в терапии резистентной АГ.

АРА II обеспечивают более полную и селективную блокаду РААС, чем иАПФ. При длительном при-

емании, БРА вызывают реверсию ГЛЖ, увеличение почечного плазмотока, не оказывают неблагоприятного влияния на метаболизм глюкозы и липидный состав крови.

Антагонисты кальция дигидропиридинового ряда эффективно нормализуют АД при резистентных формах АГ.

В последние годы показано положительное действие блокаторов рецепторов минералокортикоидов в терапии резистентной АГ. По-видимому, благоприятный эффект этих препаратов происходит вследствие воздействия на дополнительные патогенетические

Медикаментозное лечение:

- комбинация препаратов различного механизма действия

- усиление диуретической терапии

- добавление антагониста минералокортикоидных рецепторов

- использование петлевых диуретиков при ХПН.

- рекомендуемые комбинации трёх антигипертензивных препаратов:

иАПФ (или БРА) + АК + диуретик
иАПФ (или БРА) + АК + β-блокатор
иАПФ (или БРА) + β-блокатор + диуретик АК (дигидропиридиновый) + диуретик + β-блокатор.

Включение спиронолактона и амилорида. Использование одного из АГП в вечернее время.

Таблица 2

План диагностики, дифференциации, побочных эффектов и медикаментозного лечения резистентной АГ

Подтвердить резистентность к лечению

АД целевого уровня по данным офисного измерения АД, лечение включает 3 препарата (в том числе диуретик) в оптимальных дозах. АД контролируется приёмом 4 препаратов

Оценить приверженность лечению

Оценить уровень АД в амбулаторных условиях

Оценить и контролировать обратимые факторы риска

Ожирение
Низкая физическая активность
Избыточное потребление алкоголя
Избыточное потребление соли

Отменить или уменьшить неблагоприятное воздействие сопутствующей терапии

НПВС
Симпатомиметики
Стероиды и др.

Скрининг на вторичные формы АГ

Синдром обструктивного апноэ во сне
Первичный альдостеронизм
Синдром Иценко – Кушинга
Феохромоцитома
ХИН
Стеноз почечных артерий
Коарктация аорты

менении, БРА вызывают реверсию ГЛЖ, увеличение почечного плазмотока, не оказывают неблагоприятного влияния на метаболизм глюкозы и липидный состав крови.

Антагонисты кальция дигидропиридинового ряда эффективно нормализуют АД при резистентных формах АГ.

В последние годы показано положительное действие блокаторов рецепторов минералокортикоидов в терапии резистентной АГ. По-видимому, благоприятный эффект этих препаратов происходит вследствие воздействия на дополнительные патогенетические

Проблема резистентной АГ нуждается в дополнительных эпидемиологических и клинических исследованиях. Эта группа больных достаточно многочисленна и требует дальнейшего изучения с позиций профилактики, диагностики и лечения.

Михаил ГУРЕВИЧ,
доктор медицинских наук,
профессор.

Кафедра терапии факультета
усовершенствования врачей
Московского областного научно-исследовательского клинического
института им. М.Ф.Владимирского.
Фото Юрия ЛУНЬКОВА.

Таблица 1
Препараты, уменьшающие эффективность антигипертензивной терапии

Ненаркотические анальгетики:	– нестероидные противовоспалительные средства (НПВС); – селективные ингибиторы циклооксигеназы-2.
Симпатомиметические средства (в том числе для местного применения)	
Стероиды	Пероральные контрацептивы, глюкокортикостероиды, анаболики
Циклоспорин	
Эритропоэтин	
Трициклические антидепрессанты	
Наркотические вещества, синдром их отмены	

чечными заболеваниями. Злоупотребление алкоголем, являясь провоцирующим фактором развития резистентной АГ, способствует резистентности к антигипертензивной терапии.

Некоторые лекарственные средства приводят к повышению АД и развитию резистентной АГ (табл. 1).

Наибольшее значение среди препаратов, уменьшающих эффективность антигипертензивных препаратов, имеют НПВС. НПВС снижают эффективность практически всех классов антигипертензивных препаратов. У ряда пациентов может отмечаться выраженное повышение АД, задержка жидкости, развитие почечной недостаточности, нефропатии. Побочные яв-

(ХПН) обусловлена задержкой натрия и жидкости. В подобных случаях рекомендовано УЗИ почек, более детальное исследование заключается в проведении ренографии, компьютерной и магнитно-резонансной томографии, биопсии почек.

Вазоренальная (реноваскулярная) АГ вызывается стенозирующим поражением почечных артерий, чаще являющимся атеросклеротическим и возникающим у пожилых людей. Причиной реноваскулярной гипертензии может быть фибромышечная дисплазия, чаще наблюдаемая у женщин моложе 50 лет.

Для диагностики стеноза используются дуплексное сканирование, магнитно-резонансная

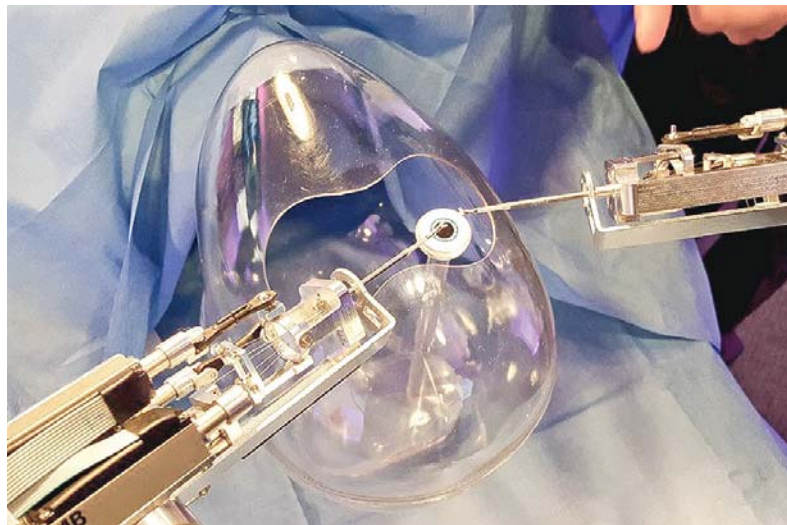
А как у них?

Робот для хирурга

Миниатюрные размеры хрусталика глаза требуют от хирурга твёрдой руки, безошибочно владеющей ничтожным по своим размерам инструментарием. Но что желать с естественным мышечным тремором, то есть дрожанием рук, кистей и пальцев? Проблема прежде всего в недостаточной стабильности нервно-мышечных контактов, связь в которых осуществляется с помощью дискретной «разрядки» везикул с нейромедиаторами, например, тем же адреналином. К этому можно прибавить ещё и «усталость» митохондрий, обеспечивающих передачу нервных импульсов и мышечное сокращение энергией. Всё это и многие другие факторы сказываются на точности движений глазных хирургов и соответственно на исходе операций по удалению катаракт.

«Митохондриями» космических устройств являются солнечные батареи, развёртывание которых после выхода на орбиту осуществляется с помощью прочных тросов с их материалом, одинаково успешно работающем как на солнце, так и в земной тени. На конце «руки» робота, размером со стандартную банку напитка, монтируются пинцеты и скальпели, отклонения которых в разные стороны не превышают 5 мм. Применение робота вовсе не означает «замещения» хирурга (искусственный разум пока ещё не достиг возможностей человеческого мозга), который имеет доступ к нему через 3D-двойник компьютера, контролирующего движения актуаторов с недоступимой человеком точностью. Изображение операционного поля выводится на дисплей в увеличенном масштабе и к тому же система знает «ограничения» хода, поэтому «исправляет» возможные ошибки, связанные с непроизвольными движениями рук хирурга.

Сейчас уже широко используют хирургические роботы, но они по своим размерам не подходят для глазных и других небольших операций. Испытания офтальмологического робота AxiS, созданного голландцами, произошло в одном из госпиталей университетского Оксфорда. Для начала робот был опробован в операциях на сетчатке, затем специалисты «отважились» использовать его и для удаления катаракт. Точность его ма-



Робот у головы «пациента»

нипуляций достигается, по словам производителя, миниатюрностью актуаторов и параллельным механическим дизайном. Последний обеспечивает максимально точное приложение механической энергии (энергетическая плотность) и интегрированные с устройством высокочувствительные сенсоры.

В своё время создатели электронных микроскопов, а затем и так называемого сканирующего туннельного микроскопа вынуждены были решать проблему механических вибраций, сбивающих устройства с «толку» (в туннельном кончик иглы-стиля необходимо подвести к исследуемому объекту на расстояние чуть больше диаметра атома). Для амортизации естественных вибраций актуаторов дизайнеры глазного робота использовали механический «гимбал» (gimbal), представляющий собой систему двух колец на осях, перпендикулярных друг другу. Он обеспечивал горизонтальное положение компаса независимо от корабельной качки (название означает близнецов, сравни: Gemini – знак Зодиака).

Миниатюрные размеры робота не позволяют питать его от аккумулятора, который к тому же может в любой момент разрядиться. В то же время движения актуаторов – пусть и с минимальной амплитудой – создают естественное смещение питающего кабеля, по закону рычагов сказывающееся на точности их воздействия на хрусталик. Так, старый принцип механики, положенный в основу создания устойчивых компасов,

помог совершенствованию миниатюрной робототехники.

Другой пример микрохирургических роботов – это «Нейрорука» (NeuroArm), который используется при операциях на мозге. Создатели AxiS говорят, что удаление катаракт – лишь начало, и он быстро найдёт себе самое широкое применение. Ведь его актуаторы можно смонтировать на конце эндоскопа и тем самым решать небольшие проблемы, например, удаление полипов желудка и толстого кишечника, которые пока хирурги предпочитают не трогать. Широкое применение роботов удешевит их производство, а параллельно с этим будет идти развитие искусственного интеллекта. Сочетание двух этих трендов со временем «вытеснит» хирургов, оставив им командные высоты глобального масштаба.

Греки называли и называют речные пороги и водопады катарактами, которые нарушают – «ударяют» – плавное и спокойное течение рек. Вслед за ними катарактой офтальмологи назвали помутнение хрусталика, мешающее нормальному прохождению лучей света. Статистика полагает, что в мире катарактами страдает более 20 млн человек и с таким количеством случаев глазные хирурги справиться не могут. Вот почему такой интерес вызывают хирургические роботы и уж тем более устройство, предназначенное для удаления катаракт.

Игорь ЛАЛАЯНЦ,
кандидат биологических наук.
По материалам New Scientist.

Игеу

Шлюз для крови

Североамериканские учёные из Гарвардского университета, женской больницы Бригэма и клиники Мэйо разработали новую методику остановки нежелательного движения крови. Благодаря ей, возможно, удастся усовершенствовать терапию для тех пациентов с нарушениями свёртываемости крови, для которых уже не особо эффективны другие способы остановки кровотечений.

Как известно, по сосудам может течь не только кровь, в них также могут циркулировать её сгустки – эмболы, которые могут закупоривать отверстия в сосудах, перекрывая доступ кислорода и питательных веществ к каким-либо органам. Этот же принцип использовался в терапии – если необходимо было остановить течение крови где-либо, то врачи применяли либо небольшие металлические заглушки, либо «заклеивали»

нужное место с помощью жидких аналогов эмболов.

Новая методика фактически воспроизводит действие настоящих эмболов с помощью разработанного в позапрошлом году биоматериала пониженной вязкости (Shear-Thinning Biomaterial). Этот биоматериал представляет собой гидрогель, который приобретает текучесть только под механическим давлением (создаваемым, например, шприцем), а при прекращении давления сразу затвердевает.

В имеющихся способах остановки кровотечений есть свои минусы – металлические заглушки необходимо точно позиционировать, и они не слишком полезны при нарушениях свёртываемости крови, а жидкий «клей» из-за того, что его затвердевание невозможно контролировать, может прикрепиться не туда. Кроме того, со временем и заглушки, и «заклейки» могут дать течь. Новый материал лишён всех этих недостатков – исследования

на свиньях и мышах показали, что, будучи доставлен в нужное место с помощью катетера, он блокирует ток крови эффективно и безопасно.

Сам гидрогель является композитным, он состоит из желатиновых молекул и микроскопических кремниевых дисков, работающих как аналог тромбоцитов. Под давлением гидрогель течёт, и его можно поместить в нужный сосуд с помощью катетеров и игл. При затвердевании он формирует сгустки, которые не разваливаются на части и не имеют отверстий – и эти сгустки блокируют течение крови.

Ещё одна положительная сторона гидрогеля – в него можно добавить контрастные вещества, которые при соответствующих диагностических исследованиях помогут врачам внести коррективы, если что-то пойдёт не так. В будущем учёные планируют модифицировать биоматериал, придав ему дополнительные полезные свойства.

Герман АКОДИС.
По информации
Medical Xpress.

Автономному учреждению Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Советская районная больница»

СРОЧНО

требуется для постоянного трудоустройства
АНЕСТЕЗИОЛОГ-РЕАНИМАТОЛОГ.

Предоставляется служебное жильё.

Контактные телефоны:

8 (34675) 3-41-20 – отдел управления персоналом
8 (912) 080-80-48 – заведующий хирургическим отделением.
Официальный сайт: **совбольница.рф**

Адрес: **ул. Гагарина, д. 62/а, г. Советский 628240, ХМАО – Югра (местность приравнена к районам Крайнего Севера).**

Резюме направлять по адресу: **sovhospital@совбольница.рф**
Более подробную информацию о нашем учреждении можно получить на официальном сайте **www.совбольница.рф**

Автономному учреждению Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Советская районная больница»

СРОЧНО

требуется для временного или постоянного
трудоустройства **ВРАЧ-НЕФРОЛОГ**
(в центр амбулаторного диализа).

Предоставляется служебное жильё, социальный пакет согласно ТК РФ, заработная плата договорная.

Контактные телефоны:

8 (922) 433-93-03 – главный врач Антонов Владимир Валентинович
8 (34675) 3-41-20 – отдел управления персоналом.
Официальный сайт: **совбольница.рф**

Адрес: **ул. Гагарина, д.62/а, г. Советский 628240, ХМАО – Югра (местность приравнена к районам Крайнего Севера).**

Резюме направлять по адресу: **sovhospital@совбольница.рф**
Более подробную информацию о нашем учреждении можно получить на официальном сайте **www.совбольница.рф**

В Окружную клиническую больницу г. Ханты-Мансийска приглашается на работу ПЕДИАТР УЧАСТКОВЫЙ.

Жильё предоставляется.

В рамках региональной программы (закон Ханты-Мансийского автономного округа – Югры № 86-оз от 26.06.2012 «О регулировании отдельных вопросов в сфере охраны здоровья граждан в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре») специалистам с высшим образованием осуществляются единовременные компенсационные выплаты в размере 1 млн руб.

Более подробную информацию можно получить по телефонам:
(3467) 39-0388 – заместитель руководителя по педиатрии Тюкпеева Ирина Семёновна;
(3467) 39-0062 – заведующая детской поликлиникой Тандалова Лариса Петровна.

Комиссия по присуждению ежегодных Премий имени академика А.Н.Бакулева и академика РАМН В.И.Бураковского в области сердечно-сосудистой хирургии, ФГБУ «НЦССХ им. А.Н.Бакулева» Минздрава России и некоммерческая организация Фонд поддержки здоровья, образования, физкультуры и спорта «Поколение» объявляют лауреатов Премий имени академика А.Н.Бакулева и академика РАМН В.И.Бураковского за 2016 г.

Премии имени академика А.Н.Бакулева удостоены:

– **Лапин Борис Аркадьевич** – «За выдающийся вклад в развитие фундаментальной медицины».
– **Robert B.Wallace** – «За выдающийся вклад в развитие сердечно-сосудистой хирургии».

Премии имени академика РАМН В.И.Бураковского удостоены:

– **Шаталов Константин Валентинович, Купряшов Алексей Анатолиевич, Бокерия Екатерина Леонидовна, Кокшенев Игорь Валериевич, Горбачевский Сергей Валерьевич, Бершвили Давид Олегович, Ким Алексей Иванович, Свободов Андрей Андреевич, Аверина Татьяна Борисовна, Барышникова Ирина Юрьевна, Есаян Александр Александрович, Зеленикин Михаил Михайлович, Токмакова Ксения Александровна, Арнаутова Ирина Владимировна, Беспалова Елена Дмитриевна, Бокерия Ольга Леонидовна, Попов Дмитрий Александрович, Рыбка Михаил Михайлович, Хабаров Алексей Евгеньевич, Алесян Баграт Гегамович, Пурсанов Манолис Георгиевич** – «За первое в стране руководство для врачей «Детская кардиохирургия».
– **Шелег Елена Алексеевна, Церетели Зураб Константинович, Сафронов Николай Степанович** – «За реализацию проекта активного вовлечения детей с врождёнными пороками сердца в процесс творчества на этапе послеоперационного выздоровления в НЦССХ им. А.Н.Бакулева.

Сопредседатели комиссии по присуждению премий:

Директор НЦССХ им. А.Н.Бакулева Минздрава России – академик Л.А.Бокерия,

Президент Фонда поддержки здоровья, образования, физкультуры и спорта «Поколение» – А.В.Скоц.

Вручение премий состоится 28 ноября 2016 г. в 9:00, по адресу:

Москва, ФГБУ «НЦССХ им. А.Н.Бакулева» Минздрава России, Рублёвское шоссе, 135, зал № 1.

Справки по тел.: **(495) 414-75-73, (495) 414-75-51.**

Взгляд

Наркоз безвреден?

Подростки, которые в раннем детстве перенесли операцию под наркозом, практически не отличаются от остальных по академическим и интеллектуальным способностям. Об этом заявили шведские учёные из Каролинского института, которые проводили исследование на выборке почти в 200 тыс. человек. Сотрудники института добавили, что различия в школьных оценках и IQ среди подростков, имевших опыт наркоза и не имевших его, были минимальны.

Всего в исследовании участвовало около 33,5 тыс. детей, которые перенесли хотя бы одну операцию в возрасте до 4 лет, и 160 тыс. детей, которые ещё не бывали на операционном столе. Обнаружилось, что в возрасте 16 лет

разница между школьными оценками у юных шведов из этих двух групп – менее 0,5%. Если ребёнка оперировали под наркозом дважды или более раз – в среднем его школьные оценки были ниже, чем у его «коллег», менее чем на 2%.

В 18 лет шведские юноши, вступив в армию, проходят в том числе тест на интеллектуальные способности (IQ). Результаты у здоровых молодых мужчин и тех, кому в детстве один раз делали операцию с применением анестезии, были почти одинаковыми. Если в детстве юноша побывал на операционном столе 3 и более раз – его средний результат был ниже, чем у других, менее чем на 3%. Руководитель исследования Пиа Глатц (Pia Glatz) прокомментировала, что на успеваемость гораздо в большей степени могут влиять другие факторы,

например, уровень образования матери.

Специалисты подчеркнули, что в исследовании участвовали дети, хирургические вмешательства в здоровье которых были недолгими (не более часа) и не слишком сложными – это операции в области брюшной полости, удаление грыж, коррекция патологий в носу, ушах, гортани.

Более серьёзные вмешательства – например, операции на сердце или по поводу онкологических образований – в данном исследовании не учитывались, поэтому учёные уточнили, что не имеют информации о том, как длительные хирургические процедуры влияют на мозг. Однако при этом и шведские учёные, и врачи отметили, что результаты в любом случае можно назвать обнадеживающими – и эксперименты на молодых животных их подтвердили.

Герман АКОДИС.

По информации Stat News.

Идеи

Ожирение: виноват гипоталамус?

Если человек никак не может избавиться от лишнего веса, а после жестоких диет жир возвращается снова, то это далеко не всегда следствие слабости характера. Возможно, это плохая работа особого фермента Альфа-6/бета-гидролазы (ABHD6), локализованного в гипоталамусе – отделе мозга, ответственного за выработку гормонов. Такое заявление сделала исследовательская группа Университета Монреаля (Канада), которая выявила зависимость ожирения от работы этого фермента в нейронах мозга.

Как выяснилось, блокирование фермента приводит к неизлечимому ожирению, которое невозможно

убрать ни упражнениями, ни лекарствами, ни диетами. По словам автора исследования, профессора Александра Физетте, генетически модифицированные мыши, лишённые фермента ABHD6, при нормальных условиях жизни и питания ничем не отличаются от нормальных животных.

Однако в стрессовой ситуации такие мыши не в состоянии адаптироваться к изменяющимся условиям, они не могут правильно усваивать пищу, поддерживать температуру своего тела на холоде и при высоком содержании жира в пище быстро набирают массу. Более того, уже страдая ожирением, они не могут терять вес, несмотря на все старания учёных.

Как заявил профессор Университета Монреаля Тьерри Алкьер,

исследования на людях пока не начались, однако уже понятно, что человек, который никак не может скинуть вес, скорее всего, страдает нарушением работы белка ABHD6. Самое удивительное в том, что блокирование белка ABHD6 не в гипоталамусе, а в периферических органах и жировой ткани защищает и от ожирения, и от диабета 2-го типа.

«Разработка эффективного лечения ожирения требует нескольких лет, – отметил соавтор исследования Стефани Фултон, – но мы уже сейчас знаем, что ожирение действительно начинается внутри головы, и это может быть никак не связано с силой воли».

Марк ВИНТЕР.

По сообщению ВВС.

Исследования

Не дать шанс метастазам

Группа израильских учёных совместно с исследователями из Германии выяснили неизвестные ранее особенности процесса метастазирования меланомы. По подсчётам Международного фонда, занимающегося изучением рака кожи, каждые 52 минуты от меланомы умирает один человек. Количество новых случаев заболевания за последние годы увеличивается, а создать эффективное лекарство, подходящее для большинства пациентов, пока не удалось.

Кармит Леви из Университета Тель-Авива поясняет, что учёным удалось выяснить, как именно

развиваются метастазы при меланоме. Очевидно, что понимание механизма развития заболевания поможет понять, как бороться с этой формой рака, а кроме того, новые данные окажутся важны при разработке новых лекарств.

Учёные тщательно изучили образцы, полученные у пациентов с меланомой. Оказалось, что до появления метастаз, от опухоли отцепляются крошечные везикулы, внутри которых находятся молекулы микроРНК. Они вызывают структурные изменения дермы – внутреннего слоя кожи. Этот процесс является важным этапом, предшествующим метастазированию. Ранее о нём не было известно.

Исследователи нашли химические вещества, которые способны остановить этот процесс. Речь идёт о двух веществах, одно из которых (SB202190) ингибирует процесс доставки везикул от опухоли к дерме, а другое (U0126) препятствует образованию морфологических изменений во внутреннем слое кожи. Оба соединения уже успешно были испытаны в лабораторных условиях.

Авторы отдельно отмечают, что появление структурных изменений дермы, а также обнаружение пузырьков могут служить ранними диагностическими признаками, указывающими на развитие меланомы.

Яков ЯНОВСКИЙ.

По материалам jpost.com

Однако

Бесплодные по собственному желанию

Всемирная организация здравоохранения будет классифицировать как «бесплодных» мужчин и женщин, у которых нет детей, несмотря на отсутствие препятствующих зачатию заболеваний в случае их нежелания стать родителями.

Такая инициатива ВОЗ принципиально меняет само понятие бесплодия. На данный момент, по классификации ВОЗ, бесплодие – это заболевание, характеризующееся неспособностью забеременеть после 12 месяцев

регулярных незащищённых интимных контактов.

Теперь же предлагается считать, что неспособность найти подходящего партнёра или недостаток сексуальных отношений является таким же ограничением по здоровью.

Юристы полагают, что это решение ВОЗ повлияет на законодательства многих стран, в частности, в вопросах экстракорпорального оплодотворения и суррогатного материнства. Таким образом, например, в Великобритании одинокие люди, не страдающие заболе-

ваниями репродуктивной системы, могут получить приоритетные права при ЭКО наравне с теми, у кого такие заболевания есть.

В Великобритании запрещено платить суррогатным матерям, в связи с чем их число невелико, кроме того, наблюдается нехватка донорских материалов. При этом эксперты отмечают, что инициатива приведёт к обвинениям в том, что ВОЗ вышла за границы здравоохранения и вмешивается в социальную жизнь.

Ян РИЦКИЙ.

По информации The Telegraph

Эксперименты

Пиво вместо анестезии

Как известно, при проведении исследований с участием животных правила требуют, чтобы с этими животными обращались гуманно. В частности, при эвтаназии млекопитающих, необходимых для лабораторной работы, используют наркоз. Однако часто в научных изысканиях нужны, например, улитки или другие беспозвоночные. Каким образом можно умертвить их, чтобы они не ощущали боли? Этот вопрос долгое время не имел ответа, так как механизм реагирования беспозвоночных на болевые воздействия пока не изучен.

Обычно улиток умерщвляют, помещая их в спирт с концентрацией в 95%. При этом они явно испытывают физический дискомфорт – втягиваются в раковину, стараясь минимизировать поверхность контакта, убирают свои усики, выделяют слезы и экскременты. Кроме того, что этот процесс является болезненным для самих улиток, учёным также не слишком удобно извлекать животных из раковин для препарирования. Сейчас исследователи придумали способ, который можно назвать гуманным по отношению к улиткам.

Они обнаружили, что если поместить животных в 5%-ный раствор этанола, то он играет роль седации – улитки расслабляются и перестают реагировать на внешние раздражители, такие, например, как царапание. После такой подготовки при перемещении их в 95%-ный спирт они также не двигаются и не выказывают никаких

признаков дискомфорта. Если же их оставить в покое после воздействия алкоголем крепостью в 5%, то примерно через час они приходят в себя.

Пять процентов – это крепость, например, пива. Именно один из сортов этого напитка использовали при экспериментах исследователи из Колледжа природоохранных наук и лесничества в Нью-Йорке (США). Аспирант Коди Гилбертсон и профессор Джеффри Вайатт заявили, что пиво эффективно обезболивает и успокаивает беспозвоночных, что может помочь в исследованиях по всему миру. Данное открытие – часть диссертации К.Гилбертсон, посвящённой улиткам, находящимся под угрозой исчезновения. В рамках этой работы она предлагала разным группам улиток различные диеты, и на некоторых из них улитки расплодились так, что часть из них необходимо было подвергнуть эвтаназии. Аспирант решила использовать пиво, поскольку оно не так дорого стоит и доступно практически везде – и это сработало.

Улитки, несмотря на свою непопулярность, являются крайне важной частью пищевой цепочки, а также индикатором состояния природы в отдельно выбранном регионе. Если с ними что-то не так – с большой вероятностью что-то не так и со средой, в которой они обитают. К.Гилбертсон пояснила, что улитки играют роль канареек в угольных шахтах.

Валерия БЕЛОСТОЦКАЯ.

По информации phys.org

Ну и ну!

Вакцинация под вопросом



Американские учёные изучают отношение родителей к обязательной вакцинации школьников против вируса папилломы человека (ВПЧ). Требование к ученикам пройти вакцинацию против ВПЧ перед походом в школу поможет предотвратить многие виды онкологических заболеваний, вызываемых ВПЧ-инфекцией. Однако исследователи из Университета Северной Каролины в Чапел-Хилл отмечают, что многие родители могут высказаться против, что сделает практику менее эффективной.

По результатам проведённого национального исследования, учёные сообщили, что только 21% родителей поддержали идею вакцинации школьников против ВПЧ. Около 60% опрошенных считают, что в требования необходимо внести коррективы, предусматривающие возможность отказа от прививки. Более 30% родителей отметили, что они недостаточно информированы о положительном или негативном эффекте вакцины. Исследователи заявляют, что прави-

тельство должно проводить больше мероприятий для подтверждения необходимости вакцинации против ВПЧ-инфекции.

Во всех 50 штатах США и округе Колумбия введены обязательные прививки для школьников против столбняка, полиомиелита и других заболеваний. Однако только в двух штатах, а также Вашингтоне учебные заведения могут на законных основаниях потребовать от учащихся сделать прививку против ВПЧ.

По данным центров по контролю и профилактике заболеваний, в США ежегодно диагностируется около 30 тыс. новых случаев онкологических заболеваний, вызванных ВПЧ-инфекцией. Большинство из них можно было бы предотвратить, если бы уровень вакцинации был выше. Как сообщалось ранее, в 2014 г. только 40% девочек и 22% мальчиков в возрасте от 13 до 17 лет получили необходимые три дозы вакцины.

Игорь САВЕЛЬЕВ.

По материалам EurekAlert!

В такой же сыпучий осенний день ровно 50 лет назад ушёл из жизни Лев Александрович Зильбер – основатель советской вирусологии, учёный мирового уровня, по праву стоящий в одном ряду с Пастером, Ивановским. А по жизни его имя часто связывают с другим известным учёным – Зинаидой Виссарионовной Ермольевой – создателем отечественного пенициллина. И этот рассказ не столько об их вкладе в науку, сколько о том, что объединяло этих двух ярких личностей.

На решение Зиночки Ермольевой, студентки медицинского факультета Северо-Кавказского университета, стать микробиологом во многом повлияла смерть от холеры Петра Ильича Чайковского, чью музыку она боготворила. Благодаря своим способностям и упорству Ермольева уже спустя несколько лет в Москве в Биохимическом институте им. А.Н.Баха возглавила лабораторию биохимии микробов. Увлечённая делом, которым занималась, она не слишком отдавала себе отчёт, как на неё лично могла подействовать солидная доза принятого холерного вибриона. К счастью, этот эксперимент на здоровье Ермольевой почти не повлиял, зато ускорил разработку экспресс-метода диагностики холеры и создание холерного бактериофага. Трудно переоценить, какую роль это сыграло в годы Великой Отечественной войны. В полевых условиях осажённого Сталинграда, к которому холера уже подбиралась, Ермольева наладила производство бактериофага, ежедневно выдававшего 50 тыс. доз препарата. Опасность холеры прошла мимо. И военачальники считали, что это внесло свою лепту в победу под Сталинградом. Сталинская премия, вручённая Ермольевой за эту работу, была вполне заслуженной наградой. И то, что деньги, причитавшиеся за неё, Зинаида Виссарионовна внесла в фонд обороны страны, тоже вполне вписывалось в её характер.

Сталинград сыграл немалую роль и в развитии антибактериального средства, подавляющего инфекционные поражения. Идея его создания Ермольеву давно занимала. Ещё в 1929 г. Зинаида Виссарионовна вычитала, что в Англии Александр Флеминг выделил вещество, обладающее свойством подавления инфекционного процесса. Но где-то на полпути Флеминг, судя по всему, эти свои исследования прекратил – в чистом виде получить препарат ему не удалось. А Ермольевой – она безмерно страдала при виде, как один за другим гибли люди от ран, ослепшихся заражением крови – в 1942 г. удалось получить из плесени очищенный антибиотик, который безотказно возвращал к жизни, казалось, абсолютно безнадежных больных. Это был первый советский пенициллин. Но, как в науке нередко случается, почти одновременно британцы У.Флори и Э.Чейн из антибактериального вещества полученного Флемингом, выделили примерно такой же препарат. Что в этой ситуации предпринимает Ермольева? Своей неукротимой энергией добивается самолёта и перелетает линию фронта, чтобы свои штаммы сверить с британскими (почему-то этот факт её жизни в последнее время замалчивается). Английские коллеги прозвали свою гостью «Мадам Пенициллин». Позже

Имена и судьбы

Когда любовь и тюрьма шли рядом...

Счастье и трагедия двух микробиологов России



Зинаида Ермольева

Флори даже признал, что советские штаммы пенициллина отличались более высокими активными свойствами.

Тем временем Ермольева продолжала работать над улучшением показателей своего препарата. И, наверное, только ей известно, сколько сил пришлось приложить, пока удалось уговорить тогдашний инертный Наркомздрав, наладить производство бактериофага, ежедневно выдававшего 50 тыс. доз препарата. Заметьте, всё это происходило в годы войны.

Естественно, никто не подсчитывал, сколько раненых советский антибиотик спас от неминуемой гибели. Достаточно сослаться на восторженный отзыв главного хирурга Советской Армии Н.Н.Бурденко, на глазах которого возвращались к жизни абсолютно безнадежные больные.

Более 30 лет до последних дней своих Ермольева занималась совершенствованием пенициллина, разработкой новых антибиотиков и других препаратов антибактериального действия, в частности создала первый советский интерферон. Но всё это только отдельные штрихи её биографии.

В 60-е годы весьма популярна была повесть Вениамина Каверина «Открытая книга». Свою героиню Татьяну Власенкову писатель «списал» с Зинаиды Ермольевой. И вовсе не потому что она была женой его родного брата Льва Зильбера, а потому что он всей душой ощущал талант этой женщины, своими глазами видел её в работе, её увлечённость микробиологией, её умение добиваться внедрения своих светлых идей.

По работе Ермольева и Зильбер, хотя оба были микробиологами, почти не пересекались. Но по характеру во многом были схожи. Наука занимала чуть ли не основное место в их жизни. При этом почти все проводимые ими исследования удавались с первой попытки. И вера в значимость своих работ давала им моральное право отстаивать их на всех уровнях.

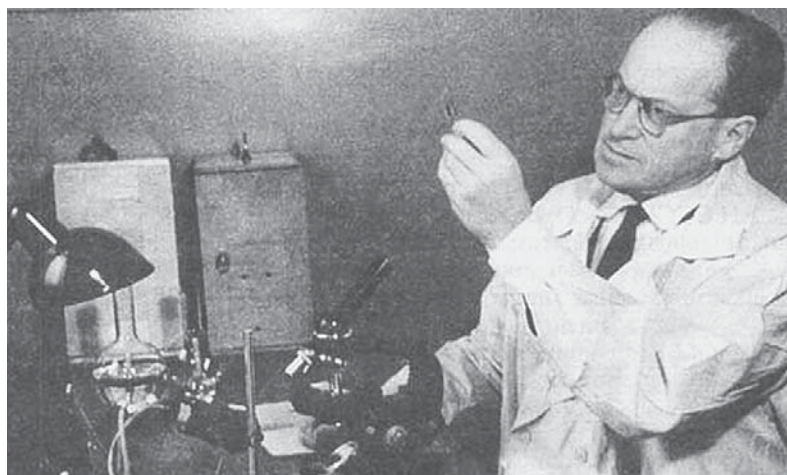
В молодые годы Ермольеву и Зильбера связывала ещё и большая любовь, и каждый проведённый вместе день становился праздником. Незабываемыми

были время, проведённое в Париже, работа в Институте Пастера. Но любая сказка когда-то кончается. И брак их, спустя шесть с лишним лет, распался. Рослый красавец, балагур, мастер на шуточки, человек с замашками гусара, Лев Александрович в те годы не слишком был готов к семейной жизни.

Судьба Ермольевой поневоле поделилась на «до» и «после». И всё же, если бы не всепоглощающая любовь Зинаиды Виссарионовны, ещё неизвестно, как сложилась бы достаточно трагичная жизнь Зильбера.

В начале 30-х годов его, уже достаточно известного микробиолога, вызвали в Азербайджан, где в одном из районных

его в эпицентре вспышки, Зильбер и его помощники предположили, что имеют дело с энцефалитом, правда, неизвестного происхождения. Продолжая изучать заболевание, они сошлись во мнении, что возбудителем и переносчиком его мог служить клещ. Дальнейшие исследования подтвердили эту гипотезу. Группу сотрудников этой экспедиции удостоили Сталинской премии. Зильбера среди награждённых не оказалось. Его «премией» стал второй арест. И хотя Ермольева к тому времени была вторично замужем, она снова кинулась в защиту своего Львы. Бывший её деверь, писатель Каверин, в своих мемуарах вспоминал, как в это время выглядел



Лев Зильбер

центров вспыхнула чума. Ликвидировать заболевание Льву Александровичу удалось достаточно быстро. Но Зильбер оказался бы не Зильбером, если бы не попытка докопаться до причины, вызвавшей чуму. Местные медики её источником посчитали районную больницу и готовы были её сжечь, хотя она ещё долго могла служить людям. Зильбер же понял, что в основе всего – некоторые передававшиеся через поколения давние генетические особенности ряда горских народов. И чтобы убедить своих местных коллег, сам переселился в подлежавшую сожжению больницу.

В Баку 36-летнего учёного встретили как героя. Его возвели в кандидаты ЦИКА, представили к ордену Красного Знамени (прискорбно, но получил он его спустя 35 лет будучи директором Института микробиологии АМН СССР). Но не успел Лев Александрович покинуть Азербайджан, как те, кто клялся ему в вечной признательности, объявили его врагом народа, обвинили, что это он завёз в республику бактерии чумы. Зильбера арестовали. Правда, в тот раз он пробыл за решёткой всего несколько месяцев. Ермольева со всей своей энергией и знаниями дела доказала безрассудство предъявленного учёному обвинения.

Спустя время Зильбера с экспедицией направили на Дальний Восток, где свирепствовало непонятное заболевание, во многих случаях сопровождавшееся смертельным исходом. Изучая

письменный стол Ермольевой. Он был завален заявлениями в разные инстанции, отзывами о Зильбере видных учёных, называвших его признанным в мире специалистом в области инфекционной вирусологии, документами, доказывавшими и что он отстаивал советскую власть во время Гражданской войны и все последующие годы работал на благо процветания отечества. Всё напрасно. Наконец, Зинаида Виссарионовна решилась на рискованный шаг. Упросила писателя Юрия Тынянова (он приходился родственником семье Каверина) обратиться на защиту Зильбера к самому Берии, зная, что тот не переставал восторгаться книгой Тынянова «Смерть Вазир-Мухтара». Сработало. Спустя 2 года отсидки Лев Александрович был освобождён и восстановлен во всех правах, даже минуя суд.

Покинув застенки Лефортово, он, словно не был надолго выбит из нормальной жизни, взялся за давно задуманную монографию о неизвестной до того клещевой форме энцефалита. Но перед самым выходом этого труда в свет его настиг третий арест.

Анна Ахматова в своём «Реквиеме» писала об измученных женщинах, ожидавших у тюремных ворот хоть какие-то вести о своих близких. Среди них была и лауреат Сталинской премии, кавалер двух орденов Ленина Зинаида Ермольева. А дома у неё наготове стоял чемоданчик на случай и её ареста. В какой-то из дней, тюремщики, наконец,

известили Ермольеву, что Зильбер отправлен на крайний Север в район Печоры. Несколько позже Зинаида Виссарионовна узнала, что у него отбиты почки, поломаны рёбра, но при всём при этом он ни одного обвинения в свой адрес не признал и ни одной подсунутой ему бумаги не подписал. И в лагерных условиях Зильбер не переставал работать. Сокамерники поделились с ним, что якобы мозг печорских оленей богат каким-то полезным для здоровья веществом, и Льву Александровичу в условиях далёких от научной лаборатории удалось выделить его и изучить его свойства. Действительно, оно содержало целый букет витаминов. И Зильберу лагерное начальство даже позволило наладить их нехитрое производство. И пока он «сидел», от авитаминоза и дистрофии были спасены сотни зеков. Человек редких талантов, Лев Александрович там же в лагере в уме прорабатывал ещё на воле родину идею о роли вируса в развитии опухолевого процесса. И когда Ермольева неимоверными усилиями добила свидания с ним, он незаметно от охраны передал ей величиной с пуговицу комочек папиросной бумаги. Нет, это было не прошение о помиловании. Это были некоторые его соображения о вирусологической теории рака. «Попробуй их опубликовать. Только не под моим именем», – шепнул своей подруге Зильбер. Как Ермольевой удалось расшифровать мельчайшим почерком карандашом написанные слова при том каждое с сокращениями, одному богу известно. Но что не сделаешь ради любимого!

Тем временем Зинаида Виссарионовна не переставала хлопотать об освобождении Зильбера. Подговорила крупнейших советских медиков подписать письмо Сталину с просьбой освободить ни в чём не повинного талантливого учёного. Причём по её предложению на конверте указали фамилию обратного адресата – «Н.Н.Бурденко». Расчёт был верный. Письмо своего главного хирурга армии главнокомандующий непременно прочтёт. Чудеса в жизни всё же случаются. Зильбера освободили в тот же день, когда генералиссимус прочёл письмо.

Выйдя из заключения, Лев Александрович продолжил работать над вирусологической теорией рака, параллельно обновил свою монографию об энцефалите клещевого происхождения. И за этот свой труд был удостоен Сталинской премии.

Крупнейший отечественный вирусолог Л.Зильбер ушёл из жизни в 70 лет. Но и после его смерти Ермольева всячески поддерживала семью Льва Александровича. Помогала материально, помогала растить его сыновей. Пережила она любовь своей жизни на 8 лет...

Марина МЕЛКОНЯН,
внешт. корр. «МГ».

Москва.

«А сейчас вы прочувствуете всю мою боль... в детстве мне не покупали шоколад из-за аллергической реакции.

А в 20 лет я узнала, что никакой аллергии у меня нет!»

(Анекдот от автора)

А вы знаете, что такое «аллергическая реакция»? Если по справочнику – то это: реакция взаимодействия антигена с «телом», в результате которой происходит «дегрануляция тучных клеток». Что – испугались? Мы тоже очень сильно этой «дегрануляции» боялись... Хотя дальше – по справочнику – совсем не страшно, только очень непонятно: медиатор, гистамин, замедленная, немедленная... Мы с Лизой столько всего «непонятно-страшного» наслушались от нашей хозяйки Ольги, когда она лекции для студентов готовила, что уже почти ничего и не боимся. Почти. Если бы нам объяснили по-доходчивее, а не так, как студентам, – витиевато, может и не боялись бы мы этой аллергии вообще! Но строгая Ольга наши «научные интересы» не одобряет, она больше озабочена вопросами нашего экстерьера: правильный выход волос, одетость шерстью, объём груди... о-о-о (а вы как думали?), высота в холке... А ещё почему-то к «холке и хвосту» добавляются вопросы воспитания-послушания и выполнения всяких команд: на наш собачий взгляд, важных и не очень. Ну вот, например, «тубо» – бестолковая и вредная команда: стоит что-то интригующее унюхать, так тут же: «Тубо!» Не в пример ей команда: «Апорт!» – очень приятная и полезная. Это вроде игры с акцентом на физическое развитие – тебе палочку бросают, а ты приносишь. Забавно. Хотя нам с Лизой было бы гораздо приятнее «апортировать» кошку за хвост или лаять на незнакомца, а не просто по команде: «Голос!»

Ну где там, нам же ещё прививают и хорошие манеры, а не только делают «Нобивак» от энтерита, гепатита и чумы... Вот видите, какие мы с сестрой воспитанные и образованные, в полном соответствии со статусом нашей хозяйки – большого знатока этой самой «аллергии»... В полном соответствии, поэтому мы вот такие воспитанные, «замедаленные», «напривитые», и питание у нас строго «сбалансированное», и уж

На литературный конкурс

Аллергическая реакция

Монолог домашней Жучки



поверьте – без аллергенов, конечно! Мы этих самых аллергенов не только не пробовали, а даже и не нюхали. Вот какими непреклонными бывают медики в вопросах питания, образования и воспитания, хотя два последних – уж точно не в их компетенции.

Но вот однажды нам так сильно захотелось этими самыми аллергенами хоть немножечко «отравиться», ну хоть попробовать их чуточку...

«Отравление» произошло этим летом в Болгарии, в городе Балчик, куда нас вывели из душной пыльной Москвы на свежий вольный воздух. А этот «вольный воздух», знаете, что вызывает? Правильно – «вольные мысли» – даже в собачьих головах, даже в таких умных головах, которые все нужные и ненужные команды давно по извилинам мозга разложили.

Поэтому виновата в этом происшествии целиком и полностью

была наша гостья. Это для неё наша стройная и строгая Ольга купила целых 2 кг куриных грудок! Это для неё наша не склонная к обжорству хозяйка нажарила сразу целую сковороду этого «облигатного аллергена»! Это – исключительно для неё и её 80-килограммового тела! Конечно, поди напитай такое! Ольга искренне надеялась, что 2 кг для этого хватит. Моя и Лизина собачья интуиция подсказывала, что затея провальная в корне: 2 и 80 – какова пропорция?

Пока ужин готовился, мы крутились в кухне и тихонечко поскуливали. Нет, не из-за желания попробовать этот страшный аллерген, исключительно из-за неправильных пропорций! Хотя – что греха таить – уж очень соблазнительно-аппетитно пахнет этот жуткий аллерген...

Ольга умчалась встречать гостью, а нас, двух супервоспитанных и адресированных собак,

оставила охранять квартиру, ну и вредный аллерген, конечно. Мы и сами не заметили, как охранять стало нечего. Не волнуйтесь, квартира осталась цела, а вот... Со страхом стали ждать аллергической реакции. Развалились прямо в кухне рядом с опрокинутой и начисто вылизанной сковородой и как-то незаметно уснули. Возможно, это и была реакция «замедленного типа». Зато у нашей уравновешенной Ольги – точно «немедленного» – как она на нас кричала: прямо с порога, как бегала за нами с венчиком при госте, что совсем нехарактерно для преподавателя престижного вуза! Насилу спаслись под диваном и наблюдаем. А она всё никак не успокоится, всё ворчит. Хотя, по логике вещей, чего это её организму так реагировать, ведь ему не досталось ни кусочка. Наверное, нанюхалась, пока готовила угощение. Да, многое мы с Лизой

ещё не понимаем в сложных механизмах аллергических реакций... Поэтому внимательно наблюдаем из нашего укрытия и за хозяйкой, и за 80-килограммовой гостьей: ну а как с ней тоже разовьётся «аллергическая реакция»? Тогда это будет... цунами, и нам совсем уже не интересно, по какому типу разовьётся цунами...

Слава богу, не по какому. Хотя и «тучных» клеток у гостьи предостаточно, но очень похоже на то, что маловато гистамина! Она с неподдельным энтузиазмом уплетает тушёные кабачки (бррр...) и ещё расстроенную Ольгу успокаивает. Вот это выдержка, вот это воспитание! Когда её тарелка опустела, мы вполне искренне готовы были поделиться с ней своим «Педигри», аж целым пакетом. По крайней мере, это будет справедливо, да и пропорции угощения удовлетворительные...

А вы знаете, нам даже понравилась эта «аллергическая реакция» – и на курятину, и на размеренную московскую жизнь: это не ешь, туда не ходи, на того не тявай! А если кого куснуть – даже и не думай!

А вы знаете, как иногда хочется тяпнуть за хвост Бонди – наглого кота нашего домоуправа! Да и самого домоуправа облаять – для порядка – как хочется!

А ещё – рвануть на волю, за красивый забор, вместе с бродячим псом Чернышом и повьёт на луну в два (ой, с Лизой), в три голоса, а потом наестся до отвала какой-нибудь невообразимой пакости и навалиться в «вековой» грязи! Как хочется, аж чешется! И в завершении полной картины прекрасной аллергической реакции: вместо бантика на ухо – репей в хвост! Ну оооочень креативно!

Да здравствует «аллергическая реакция»!

Смоленская область.

Тунгус					Милляр, роль		“... Дундич”	СКАНВОРД										Юрского периода					Успокоительное		Столик в церкви	
	Призвук (муз.)		Рос. крейсер	Англ. балерина				Снаряд тяжелоатлета							Зубной протез		Крупя, просо	Город, Мурман. обл.		Сосп. группа, Древняя Индия		Жилище барсука				
						Родственница воробья	Трибун	Лизиноприл		Аллюр		Деньги, Корея	“Слуга двух господ”	Старин. хмельной напиток			Южно-африк. анатом									
	Рабе-празол		Озеро, Красноярский край	Левицкий, портрет									Амер. боксер						Писатель ... Беллоу							
				Узбекский поэт	Врач			Спутник Юпитера	Кров. материал					Отбросы			“Лебединное ...”									
	Жалование духовенству	Комэ-неч					Сто-летник			“Бранденбург. концерты”		Пастбище		Водопад, Меконг		Горный козел			Молдавская флейта							
					Артсен			Домики на Севере																		
	Мирбо	“Тристан и Изольда” (перс.)					Повесть Айни				ФИАТ, модель															
Автор Валерий Шаршуков	..., буки, вежи				Спешная работа			Ворон в сканд. мифологии																		

Б К О Н Ь Л И П Р И М А Р

К У Р С И О Ю А С К Р У Т К А Ы Д

О О З А В Е Д О С Р З Н О Б У З А

Б У Н Г Е А И К О Л Е Н О Ш К И П А И М Я

Ч Х Л А К У Н А Б П Е Р Ш Р А К И М О В

И Н И Я М Д К У Б В П Р Е С Л И А В А

К Н П Е К А Н А Х О О Ч И

К О Ш А Л А И О Д С И Л А Л

Л Л И М И Т М Ы С Я Т Ь

Ответы на сканворд, опубликованный в № 85 от 11.11.2016.