

Медицинская

30 июля 2014 г.

среда

№ 55 (7480)

Газета®

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

www.mgzt.ru

Демография

Жизни, которых могло не быть

Вопреки преградам младенцы появляются на свет! И их встречают радостно!



Два года назад в Алтайском крае был создан один из первых в России центров медико-психологической и социальной помощи беременным. Его задача – профилактика абортот и отказов от новорождённых, включая консультирование женщин в момент принятия решения о прерывании беременности раннего срока.

В структуре центра 14 кабинетов психологической и социальной работы с женщинами, которые

расположены на базе женских консультаций Барнаула, Рубцовска, Славгорода, Бийска, Камня на Оби, Новоалтайска и Белокурихи.

Результатом их совместной деятельности стала 1971 сохранённая беременность, и то, что более 1400 малышей уже появились на свет.

В рамках проведения всероссийской акции по профилактике абортов «Подари мне жизнь» в центре появилась новая уникальная услуга – интернет-приёмная. Удобство этого сервиса, а также высокий уровень

квалификации специалистов к настоящему времени уже успели оценить более 200 жителей края, которые получили консультации психолога, юриста, специалиста по социальной работе.

Алёна ЖУКОВА,
спец. корр. «МГ».

Барнаул.

НА СНИМКЕ: маленьких жителей Алтая становится всё больше.

Дежурный по номеру: Олег ЯКОВЛЕВ

Начальник Самарского областного клинического госпиталя ветеранов войн, директор Первого НИИ реабилитации ветеранов войн Медицинского института «РЕАВИЗ», лауреат международной премии «Профессия – жизнь», профессор, заслуженный врач РФ.

Стр. 12.



Акции

Арбат свободен от курения

Закон о запрете курения в общественных местах вступил в силу. К этой дате в Москве появилась целая улица, на которой запретили курить. Торжественное её открытие провели на днях. В акции участвовали Минздрава России и Департамента здравоохранения Москвы.

Вскоре на самой известной старинной улице Москвы – на Арбате – появятся специальные таблички, социальная реклама, призывающая отказаться от пагубной привычки. А во время самой акции каждый желающий смог измерить уровень выдыхаемого CO₂, побеседовать с врачом, измерить рост, вес, артериальное давление, получить консультации специалистов по дыхательной гимнастике.

А активисты молодёжной ассоциации муниципального округа «Арбат» предложили прохожим обменять сигареты на яблоки. Кроме того, можно было получить адреса центров, которые помогают избавиться от вредной привычки.

Казалось бы, отличная идея! Но станет ли соблюдаться этот порядок? Ведь планомерно следить за курением на главной пешеходной улице никто не будет, тем более штрафовать за нарушение почина, ведь закон курить на улице не запрещает. Но, например, в Японии и Великобритании есть «некурящие» улицы, и люди соблюдают установленное правило.

Павел АЛЕКСЕЕВ.

МИА Сити!

Москва.

СЕГОДНЯ В «МГ»

Беседа с пресс-секретарём Минздрава России Олегом Салагаем.

Стр. 5.

Как наладить отношения между фарминдустрией и медицинским образованием?

Стр. 10.

События

Больницы станут клиниками

Заместитель мэра Москвы в правительстве Москвы по вопросам социального развития Леонид Печатников встретился с руководителями трёх московских медицинских университетов по вопросам взаимодействия Департамента здравоохранения Москвы с вузами столицы.

Основной темой совещания, как нам сказал во время интервью ректор Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова профессор Андрей Камкин, было пре-

образование московских больниц в университетские клиники.

Предполагается, что в течение переходного периода 2015-2017 гг. у каждой клинической больницы будет два руководителя – один от Департамента здравоохранения Москвы, другой – от одного из медуниверситетов. В ведении первого останутся технические вопросы, второй будет отвечать за лечебно-диагностическую работу, ему будет подчинён весь врачебный, средний и младший медицинский персонал – с соответствующей частью фонда заработной платы. Он также будет регулировать объединённую

деятельность университетских кафедр и отделений больницы.

В настоящее время только у РНИМУ клинические базы располагаются в 133 московских больницах. Разработка проекта, инициированного министром здравоохранения РФ Вероникой Скворцовой и мэром Москвы Сергеем Собяниным, по которому университетскими клиниками станут городские клинические больницы столицы, уже началась.

Беседу с А.Камкиным читайте в ближайших номерах «МГ».

Альберт ХИСАМОВ,
обозреватель «МГ».

Модульные мониторы пациента Dixon
Каждый монитор имеет портативный измерительный блок (EMS) с дисплеем 3,5", который в случае необходимости отсоединяется и используется отдельно в роли полноценного компактного монитора

ПРЕДСТАВИТЕЛЬСТВА В 50 РЕГИОНАХ РОССИИ
+7(495) 780-0793, 8-800-100-44-95; www.dixon.ru

Модернизация отрасли оказала существенное влияние на создание благоприятных условий для работы медиков и лечения пациентов. Изменения в этом отношении заметны во всех регионах страны. Но подвижки в лучшую сторону в здравоохранении должны влиять также и на нравственную атмосферу в стационарном и поликлиническом звеньях. Правовая среда здесь тоже должна изменяться, способствовать укреплению уважительных отношений между врачом и пациентом. Мы попросили высказаться на эту тему пресс-секретаря Минздрава России Олега САЛАГАЯ.



— Олег Олегович, недавно мировой суд в Новосибирске оштрафовал на 2 тыс. руб. посетителя детской поликлиники, который оскорбил регистратора лечебного учреждения. Но подобные случаи — когда применено административное наказание — крайне редки. Обычно грубость по отношению к медикам сходит, что называется, пациентам с рук. А может, лучше, чем судиться, просто дать право поликлиникам, например, откреплять таких скандалистов, а стационарам — выписывать их на амбулаторное лечение?

— Вообще, хамить не только врачам, но и любым медицинским работникам, на мой взгляд, недопустимо. К ним обращаются за помощью, а помощь принято всё-таки просить, а не требовать. Безусловно, пациент, изнурённый болезнью, вправе рассчитывать на понимание и сочувствие со стороны медиков. Однако нельзя забывать, что врач — это такой же человек, как и пациент, у которого так же в жизни могут быть чёрные и белые полосы.

В вопросе открепления не может быть общих рецептов. В отношениях между людьми случается всякое. Исходя из этого, вряд ли будет правильным лишать человека медицинского обслуживания в конкретной поликлинике на основании персональной ссоры. В таком случае руководитель учреждения, где имел место конфликт, или другое уполномоченное на то лицо должны разобраться в причинах произошедшего, постараться сгладить острые углы, помочь пациенту получить необходимую ему помощь и защитить врача от нападок, если они необоснованны.

Что касается стационаров, то право выписывать из-за нарушения режима у них всегда имелось и имеется. Но тут важны не эмоции, а сам факт нарушения: если режим нарушен, если своим поведением пациент показал, что главный приоритет пребывания в больнице — не лечение, а развлечение, то он прекрасно продолжит свою «терапию» дома.

— Как вы оцениваете, достаточно ли правовых знаний у врачей и их пациентов? Ведь сегодня в них нуждаются и те и другие, чтобы защитить свои права.

— Можно констатировать, что уровень правовых знаний повышается и у врачей и у пациентов. На мой взгляд, это является отражением более крупных тенденций: повышение правовой грамотности характерно далеко не только для медицины. В здравоохранении для этого есть все условия: за последние годы существенно обновлено

сегодня профессиональное сообщество становится всё более и более готовым к этому. Иными словами, должны быть созданы условия, когда врач понимает ответственность, правильно мотивирован, но не ощущает «топора», занесённого над своей головой.

— В своё время академик РАН Валентин Покровский сказал, что врач и пациент находятся на разных степенях знаний по отношению к болезни. Если врач знает о патологии очень многое, то пациент, как правило, нет. И здесь важно, чтобы врач не злоупотреблял своим преимуществом и компетенцией.

идут непрерывно. Разве взять на себя ответственность и поставить точку в них, защитить врача, никто не в силах? В связи с этим вопрос, установлены ли сроки или конкретное количество проверок, после которых подобные обращения могут не рассматриваться?

— К жалобам пациентов подход должен быть исключительно индивидуальным, ведь определить априори, обоснованы ли они, невозможно.

Безусловно, человек имеет право на исчерпывающее изучение его жалобы в разумный срок. Если выявляются нарушения, то медицинский

— Человек, став врачом, не перестаёт быть человеком. На него точно также распространяются все нормы законодательства, в том числе уголовного и административного. Если врач, любой другой медицинский работник, полагает, что его оклеветали или в отношении него совершено любое другое незаконное действие, он может требовать восстановления поправленного права в соответствии с законом.

— Олег Олегович, в Минздрав России поступают жалобы граждан из регионов. С какими проблемами чаще всего обращаются в штаб отрасли?

— За прошлый год в министерство поступило порядка 80 тыс.

Наши интервью

В спектре правовых проблем

Врач и пациент: что ведёт к гармонии взаимоотношений

законодательство, появились многочисленные научные работы по медицинскому праву, создаются профильные кафедры. Кстати, первая кафедра медицинского права в России была создана в Первом Московском государственном медицинском университете под руководством профессора Ю.Сергеева, ставшего уже, как мне кажется, классиком этого направления. Затем такие кафедры и курсы были открыты в большинстве медицинских университетов нашей страны. Короткие курсы медицинского права проходят и юристы.

Нельзя не сказать, что такое улучшение знаний является обоюдоострым мечом. С одной стороны, это способствует полноценной реализации всеми участниками общественных отношений своих прав и обязанностей. С другой стороны, могут возникать элементы так называемого злоупотребления правом. Это явление присутствует во всех странах мира, создавая определённую угрозу.

— Есть ли у Минздрава России планы дальнейшего правового просвещения медиков?

— Минздрав постоянно этим занимается через медицинские образовательные учреждения, которые находятся в его ведении. Каждый студент изучает правоведение в целом и медицинское право в частности. Его знакомят с системой законодательства, основными правовыми актами, которые действуют в области здравоохранения. Можно дискутировать о том, достаточно ли этого для специалиста. Но мне кажется, что практикующий врач должен заниматься прежде всего лечением людей, а не вступать в юридические дискуссии.

В этой связи возрастает роль организаторов здравоохранения — административного персонала медицинских организаций, а также профессионального сообщества, которые должны брать на себя функции по защите медика, а также по применению в отношении него дисциплинарных мер, если имело место нарушение. Надо сказать, что

Но с другой стороны, как оценить пациенту, было или нет допущено какое-то ущемление его прав?

— Объективно оценить действия врача может только врач. Поверьте, никто не утруждал бы себя шестилетним обучением в университете, а государство не тратило бы столько сил и средств на подготовку квалифицированных медицинских кадров, если бы стать врачом можно было, прочитав какую-то книгу или список книг. Системные медицинские знания могут быть получены только в рамках системного медицинского образования.

Асимметрия знаний между врачом и пациентом, безусловно, существует. Эта ситуация не является уникальной для медицины. Как правило, лицо, оказывающее услугу (хотя с точки зрения закона термин «услуга» абсолютно корректен, мне лично не особенно нравится называть медицинскую помощь услугой), знает о её существовании гораздо больше, чем тот, который эту услугу потребляет. Автомеханик лучше разбирается в автомобилях, чем тот, кто обратился в сервис, производитель хлеба знает ему цену лучше, чем тот, кто ест его за обедом. Иными словами, такая асимметрия — в природе этих отношений. Она неустранима, и самое главное — её не надо бояться. Нужно гармонизировать отношения между лицом, оказывающим медицинскую помощь, и лицом, которое нуждается в ней, повысить качество и доступность медицины, чётко прописывать государственные гарантии, реально применять на практике нормы медицинской этики. Всё это способствует повышению удовлетворённости медицинской помощью, повышению доверия и, как следствие, снижению желания у пациента перепроверять медика.

— Олег Олегович, среди людей, которые жалуются на работу лечебных учреждений, есть и такие, которые пишут гневные письма в вышестоящие инстанции по нескольку лет. От этого создаётся нервная атмосфера в клиниках, когда разбирательства

работник должен понести за это справедливое наказание. Конечно, существует определённый процент людей, жалобы которых носят необоснованный характер. И задача руководства лечебного учреждения как раз в том и состоит, чтобы справедливо разобраться, помочь пациенту и снизить негативное воздействие таких жалоб на врача. Не надо забывать о том, что пока врач участвует в разбирательстве, другие люди могут дольше ожидать его приёма.

Что касается многократных обращений по одному и тому же предмету, если ранее ответ уже был дан и новых доводов не приводится, гражданин уведомляется об этом. Если письма идентичного содержания продолжают поступать, переписка может быть завершена. Но всё же нужно, как мне кажется, ориентироваться не на формальное завершение переписки с гражданином, а на поиск решения, которое удовлетворяло бы обе конфликтующие стороны.

— Нужно ли всегда идти на поводу у пациента?

— Нужно руководствоваться интересами пациента. Мнение больного также необходимо учитывать, но нужно помнить, что пациент не всегда может верно понимать, что именно ему необходимо. Поэтому пожелание пациента не может являться единственным основанием для принятия решения. Может быть, врачу лучше потратить лишние пять минут на то, чтобы детальнее объяснить пациенту, почему лучше предпринять именно то действие, которое предлагается медиком.

Вообще, принято говорить, что между врачом и пациентом должно установиться так называемое терапевтическое сотрудничество. Это не всегда просто, но это наилучший формат совместной работы по противодействию болезни.

— С юридической точки зрения, может ли врач подать в суд на пациента за клевету, если тот пишет на него заведомо ложные клеветы или злоупотребляет своим правом жаловаться в государственные инстанции?

Это внушительная цифра. Предметы жалоб самые разные — это и лекарственное обеспечение, и оказание медицинской помощи, и кадровое обеспечение здравоохранения. Есть письма от медицинских работников, общественных организаций. Большинство из обращений не носят характера жалобы, а связаны с просьбой содействия в чём-то. Немало и посланий, когда пациенты благодарят врачей, просят, чтобы им объявили благодарность, как-то отметили их лечащих врачей. Приятно, когда труд наших коллег оценивается положительно.

Одна из задач министерства — сделать возможность обращения в ведомство более доступным. По поручению министра был открыт телефон горячей линии и адрес электронной почты help@rosminzdrav.ru. Изначально предназначенный для работы с благотворительными организациями, этот адрес быстро стал одним из самых популярных способов обратиться в министерство с вопросом. Важно, что и ответ человек получит по электронной почте, что, конечно, очень удобно в наше мобильное время.

— На Западе составляется рейтинг клиник, оказывающих различную специализированную помощь. Можно ли и у нас провести такое ранжирование, чтобы большие и медики знали, насколько успешно лечат в ведущих клиниках регионов и в целом страны?

— Такая работа ведётся и у нас. При составлении рейтинга важно понимать, что критерии оценки, если тем более рейтинг носит официальный характер, должны быть очень выверенными. Они не должны основываться только на «нравится» или «не нравится». Здесь должна учитываться целая совокупность показателей, среди которых прежде всего объективные. Например, послеоперационная летальность, количество осложнений, время ожидания вмешательства и т.д. Думаю, что отечественные рейтинги мы сможем увидеть в обозримом будущем.

Беседу вёл
Алексей ПАПЫРИН,
корр. «МГ».

Наказ, который дала мама юной дочери, ставшей сегодня профессором, известным учёным в области организации здравоохранения – Юлии Васильевне Михайловой – она исполняет до самозабвения. «Кем бы ты ни стала, дочка, всё ты должна делать лучше всех, даже если придётся мыть полы... Тогда не надо будет вытягивать шею, чтобы тебя заметили».

Она воспитывалась в большой семье, где было пятеро детей. Отец, инвалид войны, на костылях, вся грудь в наградах, работал председателем льноводческого колхоза в Кировской области. В первый класс Юлия пошла дочерью врага народа. Отца посадили за то, что он разрешил собирать урожай льна (была очень ранняя зима, выпал снег) на условиях – половину государству, половину себе. Потом его реабилитировали. Когда Юлия окончила 7 классов, он запряг лошадь в телегу и повёз её поступать в медицинское училище за 30 км от родного села. Она поступила, но общежития не дали, пришлось с подружкой снимать комнату в полуподвале и спать вдвоём на железной кровати. Благо Юлия была тоненькая и маленькая (всего-то 149 см), как тростиночка.

...Я смотрю на Юлию Васильевну, статную, во всей красе своего юбилейного возраста, и не верю, что она была такой. И в то же время не могу представить, сколько она вынесла на своих хрупких плечах, прежде чем стать тем, кем она является сейчас. Видно, сила воли в ней была заложена с детства.

Из служебного досье.

Ю. Михайлова – первый заместитель директора Центрального научно-исследовательского института организации и информатизации здравоохранения, генеральный директор Фонда преодоления демографического кризиса, эксперт Европейского регионального бюро ВОЗ, действительный член Международной академии информатизации и сопредседатель экспертной группы партнёрства «Северное измерение», доктор медицинских наук, заслуженный деятель науки РФ.

...После окончания училища её послали заведовать медпунктом в Коми, в леспромхоз, где на вольном поселении жили бывшие заключённые, а на соседней улице – те, кто над ними досматривал, с семьями.

– На перроне меня встречал главный инженер, – вспоминает Юлия Васильевна. – Но он не обратил на меня никакого внимания. Побегал, побегал – никого нет, тогда он с вопросом ко мне: «Девочка, ты не видела – к нам должна была приехать фельдшерница?» – «Так это я». У него глаза округлились, последовала неприличная брань, чего я до этого никогда не слышала. После чего заявил, что завтра же меня отправят обратно, потому что здесь не детский сад, меня изнасилуют или убьют уголовники, а кому отвечать. Посадил на дрезину и повез меня за 6 км, где находился медпункт, при этом не переставал ругаться всё теми же словами. А я сидела и редела. Не перестала всхлипывать и уже на месте, пока не раздался стук в дверь. Появилась рослая женщина и сказала, как отрезала: «Главный инженер велел отправить тебя, малышку, домой». (Как потом оказалось, это была санитарка медпункта и жена одного из мастеров леспромхоза.) «Но я сначала устрой тебе экзамен». И повела меня в посёлок, к себе домой. Посадила за бревенчатый стол, выставила банку кильки в томате и бутылку водки. Налила по стакану – себе и мне. А я даже вкуса спиртного тогда не знала. «Выпьем, выстоишь – возьму тебя под своё крыло, никто не обидит. Умрешь – похороним...»

Я решила схитрить и попросила у неё солёный огурец. Пока она ходила за огурцами, я выбросила кильку, а в банку слила водку. Она это заметила и, прикрикнув, заставила выпить содержимое консервной банки.

Как добрались до медпункта, не помню, но утром она пришла – я живая. «Выстояла, значит», – было её заключение.

Наши коллеги

Человек на своём месте

Вся жизнь – служение лучшей в мире профессии

...И понеслась работа, ездила по вызовам, никто меня не обижал до одного случая, когда ночью ко мне постучали. «Открой, это я, Виктор». Я узнала по голосу, это был инженер – так он отрекомендовался, когда приехал в посёлок. С ним мужчина, вся рука в крови. «Топором нечаянно саданул», – пояснил он. Я обработала рану, наложила скобки и говорю Виктору: «Много крови потерял, надо немедленно везти в больницу, ищи машину». Тогда поезда ходили 2 раза в сутки, а до утра он явно недотянет. Поворачиваюсь и чувствую приставленный к шее нож. «Не вздумай никому рассказать, что нас видела, и не выходи из медпункта, пока мы не уедем утром на поезде». Они ушли, а я села как подкошенная и думаю: «А ведь они кого-то убили. А я – трусиха, а ещё комсомолка». И тут какая-то сила меня подняла, и я побежала в посёлок к участковому. Тот – любитель выпить, оказался пьяным, отослал меня обратно, пообещав разобраться завтра. На обратном пути я услышала, что за мной бегут. Только успела заскочить в комнату и закрыть защёлку, как в дверь затарабанили. Открой, с..., мы же тебя предупреждали...»

Но в посёлке тоже события развивались: жена участкового настояла, чтобы он отправился следом за мной, иначе случится беда. Она была заведующей единственным магазином, и его-то в ту ночь, как потом оказалось, ограбили эти двое. Позже выяснилось, что Виктор никакой не инженер, а рецидивист, трижды судимый... На суде преступники пообещали меня найти...

К тому времени я уже отработала 1 год и 9 месяцев и решила уехать. Но меня вызвали в райком комсомола и попросили поработать в военной части фельдшером. Согласилась, хотя и там натерпелась от солдат, которые ради потехи бросали в суп таракана или муху и говорили, что фельдшер недоглядела.

Но однажды я положила этому конец: демобилизовалась и поехала поступать в 1-й Мед в Москву. Готовилась основательно, так как в училище практически не преподавали химию и физику, спала по 3 часа. Сдала почти успешно, но для зачисления не хватало одного балла. И тут мне мама подсказала: «Сходи к начальнику, поговори». Я всегда следовала её наставлениям, а она была мудрая женщина, хотя и с 4-классным образованием. Прихожу к ректору и объясняю: «Очень хочу учиться. Если вы меня примите, окончу институт с

отличием!» – «Так и с отличием? Ну ладно, возьмём тебя кандидатом. Сдашь первую сессию на пятёрки – станешь полноправной студенткой».

Из досье журналиста.

Мы познакомились с Юлией Васильевной в Воронеже на Всероссийском совещании по качеству оказания медицинской помощи, проходившем под эгидой Минздрава России. Она выделялась среди своих коллег из регионов, свободно общалась и высказывала мнение, не оглядываясь на авторитеты. Помню, как тогдашний заместитель министра здравоохранения РФ Анатолий Вялков заметил: «Это

же Юлия Васильевна, она знает, что говорит».

Сдержав слово данное ректору, она всегда прислушивалась к внутреннему голосу. В ординатуру пошла на фтизиатрию, хотя её уговаривали избрать гинекологию. В это время у старшей сестры муж заболел туберкулёзом. Она вылечила. Потом защитила кандидатскую диссертацию. Стала учёным секретарём Российского НИИ фтизиопульмонологии, где генеральным директором был профессор Алексей Приймак. Однажды её пригласили в Министерство здравоохранения к заместителю министра Геннадию Сергееву. И тот поставил «простую» задачу: «Юлия Васильевна, разберись с туберкулёзом, почему много умирает людей». Так появилась тема её докторской диссертации. Пришлось много поработать в местах лишения свободы, потому что туберкулёз больше всего «косил» заключённых. Помню её выступление в «МГ» «Туберкулёз: из одной трубы выливается, а по другой...» Речь шла о том, грозит ли нам объявленная Госдумой амнистия заключённых рецидивом страшной болезни. У некоторой части общества возникли опасения в связи с этой в общем-то гуманной акцией. Людей, естественно, взволновал предстоящий выход на свободу туберкулёзных больных, коих в тюрьмах немало и которые могут оказаться соседями здоровых. Да, туберкулёз в нашей стране тогда был суровой реальностью.

Где же выход? Профессор Михайлова считала – в создании общей фтизиатрической сети на уровне территорий. Туберкулёз лечится и может быть излечен полностью. Пример тогда подавала Кировская область. Кстати, малая родина Юлии Васильевны, где она бывала в то время часто, помогала разработать региональную программу. В ней, в частности, предусматривается полный охват профилактическими осмотрами контингентов исправительно-трудовых учреждений, которые подобно лакмусовой бумаге выявляют очаги скопления туберкулёзной палочки. Единственный способ эти рассадники обезвредить

– начать энергично лечить. Но сдержать болезнь можно, занимаясь этим не в отдельно взятой территории, а на российском уровне, общими усилиями, считала Юлия Васильевна. Тогда же Минздрав России представил проект закона о защите населения от туберкулёза и о противотуберкулёзной помощи в правительство. Общество ждало решительного наступления на туберкулёз. «Хорошо, что Россия первой заявила о надвигающейся опасности, и хорошо было бы, если бы она первой с ней справилась», – подытожила тогда разговор в газете на актуальную тему Ю. Михайлова.



Но до этого момента была кропотливая работа над докторской. Тема считалась секретной, поэтому анализировать материалы можно было только в рабочее время, взяв их в 1-м отделе. Однажды начальник дала «слабинку» и разрешила взять с собой, чтобы поработать дома. Она положила документы в дипломат и уже собиралась уйти, как позвонила подруга и попросила сводить друзей-болгар на балет «Дон Кихот». Во Дворце съездов сдала дипломат в камеру хранения, а после спектакля получила обратно. А дома, раскрыв его, ахнула: вместо секретных материалов в нём лежали мужские туфли. Не спала всю ночь, понимая, что на докторской поставлен крест, а может и на профессии. Хотя за плечами тогда уже был университет по целевому планированию, и она на тот момент была, по существу, единственным специалистом по целевому планированию науки.

Утром примчалась ко Дворцу съездов. Там её ждал мужчина с точно таким же чемоданчиком. «У меня там почти новые туфли, а здесь какие-то бумажки!», – начал было он обвинительную речь, но тут же замолк, увидев, как обрадовалась женщина этим самым бумагам, словно выиграла миллион.

Работу над диссертацией она закончила, но где защищаться, было не ясно – всё же в основе были секретные тогда материалы, а комиссия по защите должна была состоять из 9 человек, имеющих первый допуск. Начальник ВАК помог ей: «Поезжай в военно-медицинскую академию в Питер, скажи, что я даю добро».

Соискатель докторской взяла диссертацию и примчалась в Северную столицу. Учёный секретарь академии, полковник встретил её чуть ли не с объятиями – женщина она была и остаётся видная, красивая, наговорил ей много комплиментов и дал добро привозить диссертацию. Когда же она сказала, что она у неё с собой, он позеленел: «Как? Без охраны?! Так я должен тебя арестовать!» Юлия Васильевна принялась умолять, оправдываясь незнанием правил. Но он, только что сама любезность, прикрикнул на соискательницу: «А ну чеши отсюда. Я тебя не видел».

Но пришло время, когда уровень секретности снизили, и ей разрешили защищаться в Центральном институте туберкулёза, но с оговоркой – для служебного пользования. Михайлова прекрасно прошла защиту и с головой ушла в организационно-методическую работу, так как возникающая у неё аллергия на лекарства не позволяла заниматься практикой.

И тут из Министерства здравоохранения поступило новое предложение – пойти работать во вновь открывающийся институт заместителем директора. Сначала она отказалась, так как ей была очень интересна её работа на тот момент. Но целый месяц уговоров и обещания больших перспектив всё-таки победили. А почему бы не попробовать себя на новом поприще, решила она.

Под институт выделили какое-то ободранное общежитие. Посидев день в одной из его комнат, она чуть было не спавала – готова была вернуться в свой родной институт. Тем более, что Приймак обещал в любой момент принять обратно. Но тут подруга Тамара привела веский довод: это назначение – шанс занять достойное место в науке. Убедила. Но что делать на новом месте? Директор находился в командировке в Америке. Обратилась за помощью в министерство. Там посоветовали самой писать договоры. Сколько, мол, напишешь, столько и получишь денег. Составила 9 договоров, под них пошло финансирование. А там и директор вернулся. Стали набирать штат сотрудников, потихоньку дела налаживались.

Но снова раздался звонок из министерства. Тогда вышел совместное постановление Верховного Совета РСФСР и Министерства здравоохранения о разработке закона о медицинском страховании. Михайлову назначают руководителем рабочей группы, дают срок – чтобы через неделю документ был готов. Как работала над ним, сколько было дискуссий – осталось в прошлом. Но это были нелёгкие дни. Юлия Васильевна подвела черту только спустя несколько лет в интервью «МГ» «ОМС: что позади и что впереди». Она и сегодня твёрдо убеждена, что медицинское страхование могло выжить здравоохранению, но нуждалось в обеспечении финансовой устойчивости. Этот вопрос актуален по сей день, хотя наполняемость программы финансами значительно повысилась. Как заявила тогда в интервью Юлия Васильевна,

«это подталкивает на ускорение структурной перестройки самой системы здравоохранения. У нас нет времени на раздумье. Мы и так слишком медленно «запрягаем». Долго думаем, согласовываем, раскачиваемся. Моё внутреннее недовольство связано именно с этим российским менталитетом». Добавим, что закон приняли, но не совсем в том варианте, какой разрабатывала группа. На институт (а он тогда назывался «НПО медико-социальных исследований, экономики и информатики») сразу возложили разработку системы развития здравоохранения, контроля качества. В это же время Юлия Васильевна активно работала во Всемирной организации здравоохранения, и сейчас её привлекают в ВОЗ в качестве эксперта. В последние годы является координатором от российской стороны в партнёрстве «Северное измерение». В МИДе считают эту организацию своего рода пуповиной, которая соединяет Россию с Европой, и содействуют расширению его деятельности. Сейчас партнёрство продвигает направление «Охрана здоровья заключённых». Как аналитик, Юлия Васильевна готовит материалы в расчёте получить этот проект для своей страны. И, похоже, своего добьётся: в «Северном измерении» у неё есть шутилка кличка «Русский танк» – так она яростно защищает интересы России. Кое-кому естественно это не нравится. А ей цитируют басню Крылова: «Ай Моська, знать она сильна, коль лает на слона». Но в мире слишком много проблем, чтобы закликиваться на каких-то обидах, считает Юлия Васильевна. Снова даёт о себе знать туберкулёз, с ВИЧ-инфекцией надо тоже бороться сообща, неинфекционные болезни наступают... Поэтому работа идёт, готовятся конференции. В ноябре «Северное измерение» обсудит вопрос об антиалкогольной политике.

Не успеет она вернуться из одной командировки, как её направляют в другую – Узбекистан, Таджикистан, Туркмения, Молдавия, Южная Осетия, Белоруссия... Везде внимают её выступлениям, особенно, когда речь идёт об обязательном медицинском страховании, систему которого страны СНГ хотят у себя внедрять. В Кишинёве, в парламенте, вспоминает она, от неё сначала «закрылись газетам». Но она сумела овладеть интересом аудитории: после лекции ещё 2 часа её расспрашивали о слабых и сильных сторонах ОМС.

Из семейного досье.
Сейчас НПО «Медсоэкономинформ» переименован в Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения. Здание хорошо обустроено, с продуманным дизайном, над которым работал муж Юлии Васильевны. Анатолий Иванович – художник и вообще мастеровой человек, своими руками построивший прекрасный дом, как и обещал Юле, когда она пришла с одним, по существу, чемоданом в комнатушку в его мастерской, расставшись с первым мужем. Ей просто был необходим такой творческий человек рядом. Она может часами слушать его песни под гитару, среди которых есть посвященные и ей, музе Анатолия Кашка. Когда-то она увлеклась религиозной писательницей Блаватской, идея которой – объединить восточные религии с христианством. И только Анатолий Иванович смог оторвать её от этого «угара» и приобщить к Соловьёву, христианскому философу.

«У нас с Толей всё сплелось – родство душ, 25 лет вместе.

Я получаю много внимания с его стороны и потому счастлива». Вырос и сын Александр. Он физик-математик. Окончил факультет ядерной физики МИФИ. Когда в 90-е годы физики оказались не нужны стране, многие из его выпуска уехали за рубеж, а Саша окончил финансовую академию, а потом ещё и юридический институт. Защитил кандидатскую по экономике, в конце года (Бог даст – слова мамы) состоится защита докторской. Сейчас он организует свой бизнес, вместе с единомышленниками разработали антикоррозийное покрытие, и его пригласили резидентом в Сколково. Юлия Васильевна – счастливая бабушка, у нее трое внуков и одна внучка.

Фонд преодоления демографического кризиса, где она генеральный директор, накануне 2014 г. выиграл грант общественной организации «Лига здоровья нации», который намерен потратить на добрые дела. (В «МГ» мы уже рассказывали об этом в её интервью «Отдавать добро»).

– Пока смогу, буду делать добро людям, особенно подросткам, которые не на свободе, – подчеркнула Юлия Васильевна. – Мама говорила мне: «Старайся никому не жаловаться. Кому ты жалуешься – у него ведь тоже есть проблемы. А готова ли ты его жалобы выслушать и помочь». Её жизнь научила помогать людям. Она спешит делать добро, не забывая и о главном – своей профессии. А её награды никому не жаловаться. Кому ты жалуешься – у него ведь тоже есть проблемы. А готова ли ты его жалобы выслушать и помочь».

Да, путь она прошла большой, есть на что оглянуться и вспомнить содержание свершенных дел. И потому о её заслугах и весомом вкладе можно говорить много. У неё всегда была и есть чёткая гражданская позиция, приоритет человеческой совести и духовности. Не зря же она награждена почётным дипломом «Человек на своём месте», побеждала в конкурсах «Профессия – жизнь», «Лучший директор года». И всё это «за верность своему делу, за высокий профессионализм и работоспособность, за пылкий ум и чистоту помыслов, за упорство и неустанный труд во благо Её Величества жизни».

О чём мечтает эта выдающаяся (не побоюсь этого слова) женщина в день своего юбилея?

– Чтобы в медицину шли по призванию, хорошим врачом может быть только хороший добрый человек. Тогда он будет и специалистом милостью Божьей.

Хочу, чтобы на смену нам пришли достойные врачи. Очень хочу, чтобы люди, приходя за помощью в наши поликлиники, не были разочарованы.

Чтобы управленцы были настоящими профессионалами, лидерами, много знали и умели, особенно бизнес-планирование, управление персоналом, мыслили системно, масштабно и экономически. И главное, не останавливались на достигнутом. Мне посчастливилось работать, правда короткое время, с замечательным министром здравоохранения РФ – Татьяной Борисовной Дмитриевой. Если есть тот, кто невероятно хотел помочь встать здравоохранению на ноги, то это была она, Дмитриева. Побольше бы рождалось в отрасли таких суперпрофессионалов.

Чтобы моя любимая «Медицинская газета» и впредь оставалась проводником новых идей, технологий в здравоохранении России.

В личном плане – чтобы мои внуки получили высшее образование и достигли высот, какие уготованы им судьбой.

Галина ПАПЫРИНА.

Фото Александра ХУДАСОВА.

Перспективы

Какие могут быть пасмурные дни в Ясной?

В сельском поселении открылась новая туберкулёзная больница



Новая больница в посёлке Ясная рассчитана на 150 коек. Созданная на базе бывшего военного госпиталя, она по своему материально-техническому оснащению и кадровому потенциалу полностью отвечает современным требованиям, предъявляемым в РФ к фтизиатрическим стационарам.

К решению руководства здравоохранения Забайкальского края, принятому два года назад, открыть специализированное ЛПУ на территории сельского поселения привели существенные перемены в законодательстве, касающиеся оказания медицинской помощи больным туберкулёзом.

Пациентами краевой туберкулёзной больницы станут преимущественно жители близлежащих районов Забайкалья, страдающие хроническим туберкулёзом, больные с распространёнными туберкулёзными процессами, лекарственно-устойчивыми формами, а также пациенты, у которых заболевание было выявлено впервые – для них здесь организованы два терапевтических отделения. Кроме обычных палат в них развернуты палаты интенсивной терапии, оснащённые кислородными концентраторами, прикроватными мониторами, шприцевыми дозаторами, дефибриллятором, противопролежневыми матрацами. Как

пояснил министр здравоохранения Забайкальского края Михаил Лазуткин, коечный фонд новой больницы при необходимости можно увеличить дополнительно еще на 30 коек.

Гордостью туберкулёзной больницы в Ясной является современная приточно-вытяжная вентиляция – сложная конструкция для подогрева, очистки и обеззараживания воздуха, поступающего в отделения, кабинеты и обратно. Учитывая специфику учреждения, во всех помещениях лечебных корпусов размещены бактерицидные лампы и рециркуляторы. В распоряжении специалистов имеются теперь также оборудованные новой медицинской техникой рентгенологический кабинет, клиническая лаборатория, кабинеты функциональной диагностики, стоматологический, оториноларингологический, а также ингаляций, автоклавная. Функционируют дезинфекционное отделение, швейная мастерская, ну и конечно, пищеблок и столовая. Отремонтированы и полностью готовы к работе помещения продовольственного склада и овощехранилища, где может разместиться 20 т овощей.

Часть диагностического оборудования, например рентгеновский комплекс, а также технологическая «начинка» для прачечной

– промышленные стиральные машины, центрифуги были переданы в ведение государственного здравоохранения Министерством обороны РФ.

В штате новой туберкулёзной больницы, кроме профильных специалистов, предусмотрены врачи узких специальностей: хирург, психиатр-нарколог, оториноларинголог, офтальмолог, стоматолог, невролог, рентгенолог, врач УЗИ, врач функциональной диагностики. Пока штат учреждения укомплектован не полностью, но обеспечить его новыми квалифицированными медицинскими кадрами руководство больницы надеется в ближайшее время. Тем более что специалистам здесь планируется предоставить благоустроенные квартиры. Жилищный фонд сельского поселения Ясная – бывшего военного посёлка – это позволяет. Распространяется на Ясную и действие федеральной программы «Земский доктор», согласно которой молодым медицинским «спецам», выезжающим на работу в село, выплачивается 1 млн руб. подъемных.

Туберкулёз для Забайкалья является проблемным заболеванием в силу исторически сложившихся причин. Реалии сегодняшнего дня не отличаются от ситуации в других российских регионах: рост лекарственной устойчивости бактерии туберкулёза, в том числе множественной, участвовавшие случаи заболевания социально благополучных граждан. Ввод новой туберкулёзной больницы – реальный способ противостоять этой угрозе. Забайкальские фтизиатры полагают, что это может существенно способствовать решению проблемы заболеваемости туберкулёзом в крае уже через несколько лет. Ни у их пациентов, страдающих «скорбью чахоточной», ни тем более у их врачей пасмурные настроения сегодня явно не в чести...

Ирина БЕЛОШИЦКАЯ,
вншт. корр. «МГ».

Забайкальский край.

НА СНИМКЕ: в диагностике туберкулёза всё шире используются компьютерные технологии.

Фото Александра ХУДАСОВА.

Новости

Беженка из Славянска родила в Твери

21-летняя жительница украинского Славянска, вынужденно покинувшая свой дом из-за боевых действий, благополучно родила ребёнка в тверском родильном доме № 1.

Ирина Светличная поступила в родильный дом № 1 Твери из профилактория Тверской государственной сельскохозяйственной академии в посёлке Сахарово. Именно здесь разместились молодая беременная женщина вместе с двухгодовалым сыном Сергеем. Причиной спешного переезда в Тверскую область стала широко обсуждаемая в СМИ непростая ситуация в Украине. Новым вре-

менным местом жительства Ирины и её сына стал профилакторий сельскохозяйственного вуза Верхневолжья.

По словам заведующей акушерским отделением учреждения Эльвиры Розенберг, роды у Ирины Светличной наступили в срок и прошли относительно благополучно. На Тверской земле на свет появилась девочка ростом 50 см и весом 3,1 кг. В настоящее время состояние мамы и малышки удовлетворительное, они находятся в отдельной палате, обеспечены всеми необходимыми медикаментами, предметами гигиены, одеждой, качественным питанием. Для новорождённой также

уже собраны вещи к выписке из роддома. Сама Ирина несказанно благодарна тверским врачам и медперсоналу за профессионализм, трепетное отношение, искреннее участие в судьбах её и дочери.

В настоящее время под наблюдение в женскую консультацию Твери встали ещё три беременные женщины, прибывшие из Украины. Руководство медицинской отраслью региона заверяет, что им так же будет оказана качественная медицинская помощь в родах и всяческое содействие после них.

Максим СТРАХОВ,
вншт. корр. «МГ».

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 50 (1817)

В больницу поступил 6-месячный мальчик. За сутки до госпитализации мать ребёнка заметила синяки на медиальной поверхности обоих бёдер, которые она приписала ушибам, полученным от прыжков малыша. Но утром синяки стали больше и появились разрывы капилляров на щёчках и веках.

При осмотре в больнице ребёнок был активен. Ректальная температура 37,4°C, пульс 146/мин, ЧД 45/мин, насыщение крови кислородом 100% при дыхании окружающим воздухом. На коже множественные рассеянные по всему телу петехии. Других отклонений при осмотре выявлено не было.

Ребёнок был переведён в другую больницу.

Анамнез

В 3-месячном возрасте у ребёнка периодически отмечались уртикарии на смешанном вскармливании. Со слов матери травм, носовых кровотечений или крови в стуле или моче не случилось. Роды произошли в срок, кесаревым сечением в связи с развитием у женщины преэклампсии. Ребёнок получил все положенные прививки, за исключением вакцинации против гриппа А(H1N1). За 2 дня до осмотра получил ацетаминофен по поводу боли при прорезывании зубов. Аллергических реакций никогда не было. Ребёнок живёт в полной семье, в семье держат двух собак. В контакте с другими людьми не был. У тётки ребёнка по матери спленомегалия, причина не установлена. Гематологических больных в семейном анамнезе нет.

При осмотре отклонений не обнаружено. Группа крови А, Rh положительный. Тест на антитела к эритроцитам отрицательный. Уровни в крови электролитов, фосфора, магния, мочевины, общего и прямого билирубина, глюкозы, амилазы, липазы – в норме. Отклонений в показателях коагулограммы и печёночных функций не было. Внутривенно назначен анти-RhD-иммуноглобулин (анти-D) 50 мг/кг. Культуральное исследование крови, проведённое в другой больнице, роста флоры не дало. Ребёнок был выписан домой.

Анализ крови, выполненный на следующий день после выписки в поликлинике, выявил сниженное количество тромбоцитов – 120 000/мм³. Ещё через 6 дней количество тромбоцитов упало до 32 000/мм³. Гематокрит – 28,1%, гемоглобин 96 г/л, ретикулоциты 16,6%. Через 10 дней после выписки число тромбоцитов снизилось до 1000/мм³. Больной был повторно госпитализирован в ту же больницу.

При поступлении пульс 139/мин, ЧД 28/мин, масса тела 11,2 кг. Витальные показатели в норме. Петехии были на языке, лице и бёдрах. Внутривенно введён иммуноглобулин, и больной был выписан на следующий день. В течение следующих 9 дней исследование на антиядерные антитела дало положительный результат в разведении 1 : 40 и отрицательный в разведениях 1 : 80 и 1 : 160 (норма – отрицательный при разведении 1 : 40 и 1 : 160). Тестирование на антигранулоцитарные антитела было отрицательным.

В возрасте 8 месяцев у больного была диагностирована аллергия на молоко на основании появления у него уртикарий, диареи и положительного радиоаллергосорбентного (РАС) теста. Была назначена диета на соевом молоке. Диарея прекратилась, но началась частая рвота.

В возрасте 8,5 месяца у ребёнка

поднялась температура до 38,5°C. Амбулаторно был назначен цефтриаксон, без эффекта. Появились диарея, рвота (без примеси желчи), сонливость. Эти явления продолжались в течение нескольких дней. Затем температура поднялась до 40°C. Культура крови была стерильной. Ребёнок вновь госпитализирован.

При поступлении температура 40°C. Пульс 160/мин, АД 101/56 мм рт.ст., оксигенация крови 99%. Масса тела 11,7 кг. Назофарингеальный тест на

Грудной ребёнок с лихорадкой, сыпью и цитопенией. Клинический разбор

вирусы гриппа А и В отрицательный. Отрицательными были также тесты на кишечную патогенную флору, токсин Clostridium difficile, ротавирус, энтеровирус, аденовирус, яйца паразитов и гельминтов. Кровь и моча были стерильными. УЗИ почек патологии не выявило. Было назначено внутривенное введение ибупрофена и цефтриаксона. В течение 3 дней проводилось парентеральное питание. Лихорадка и диарея прекратились. Ребёнок получал гипоаллергенные смеси. Выписан на 6-й день с рекомендацией в течение 2 недель принимать цефиксим и ацетаминофен по показаниям.

Были выполнены дополнительные исследования.

Дифференциальный диагноз

Первоначально в 6-месячном возрасте у больного была диффузная петехиальная сыпь. 10 дней спустя заболел острой респираторной инфекцией. Кроме петехий, других отклонений тогда выявлено не было. До болезни у него никогда не было синяков, кровотечений или петехий. Ребёнок был бодрым и игривым. Никогда не лихорадил, не было бледности, органомегалии или лимфаденопатии. Первый в его жизни анализ крови выявил значительную тромбоцитопению, обнаружено небольшое количество гигантских тромбоцитов в мазке периферической крови. Количество нейтрофилов в ранних анализах крови было постоянно низким, что говорило о глубокой нейтропении. Однако процентное и абсолютное число нейтрофилов в течение первых месяцев лечения нормализовалось.

Цитопения. Оценка цитопении у ребёнка зависит от того, является ли она изолированной или ассоциированной с подавлением клеток многих ростков кроветворения. В широком смысле слова подход к оценке цитопении должен начинаться с того, чем она вызвана – снижением продукции элементов крови или коротким сроком жизни клеток вследствие их разрушения или секвестрирования. Недостаточная продукция может быть вызвана

генетическим дефектом, поражающим гемопоэтических предшественников, инфекцией, приводящей к угнетению кроветворения в костном мозгу, или метаплазией костного мозга при инфильтрации неоплазмами.

Укорочение срока жизни кровяных клеток может быть вызвано инфекционным процессом (сепсис) или механическим разрушением (при повреждённых клапанах сердца или микроангиопатиях, которые поражают почки), это может происходить также при аутоиммунных болезнях, вызывающих мультиорганные процессы.

Наконец, рациональный подход к диагнозу и лечению цитопений должен интегрировать все гематологические проявления в клинику заболевания. Лабораторные и клинические признаки и находки при цитопениях, поражающих детей раннего возраста, должны

мой реакции на антиглобулин (тест Кумбса). У наблюдавшегося больного тест был отрицательный.

После назначения анти-D был получен отличный, но транзиторный рост числа тромбоцитов. Хотя эффект, к сожалению, был коротким, это дало уверенность в том, что предположение об иммуноопосредованной тромбоцитопении подтвердилось. Анти-D не даёт эффекта при лечении инфильтративных неопластических процессах, и не следует активного тромбопоэза при наличии врождённого нарушения продукции тромбоцитов.

Гемолитическая анемия

Хотя ожидалось, что анти-D вызовет некоторый транзиторный гемолиз, у больного было гораздо более глубокое падение числа эритроцитов, чем можно было предполагать. Уровень

гемоглобина упал на 22 г/л, сопровождаясь компенсаторным ретикулоцитозом – 16,6% ретикулоцитов. В течение нескольких недель число эритроцитов возросло с одновременным снижением количества ретикулоцитов, и это дало основание полагать, что прекращение гемолиза было связано с назначением анти-D. Было отмечено, что спустя примерно 3 месяца после прекращения приёма анти-D у больного развилась лёгкая степень анемии с устойчивым ретикулоцитозом – 3-4%. Одновременно стал положительным тест Кумбса – признак в пользу иммуноопосредованного гемолитического процесса. Наличие этого частично компенсированного иммунного гемолиза, полученного после лечения анти-D, дало основание думать, что гемолитическая анемия является не побочным эффектом, а частью основного заболевания.

При УЗИ брюшной полости (возраст пациента – 11 месяцев) размеры печени, желчного пузыря, почек и мочевого пузыря были нормальными, но селезёнка увеличена – 9,2 см в длину (норма для этого возраста – 7-8 см).

Рефрактерная ИТП, как стало ясно, вместе с иммунным гемолизом и нарастающей нейтропенией давала основание думать об аутоиммунном процессе, вызвавшем панцитопению. Хотя результаты всех лабораторных исследований говорили в пользу иммуноопосредованного процесса, появление спленомегалии определило показания к исследованию костного мозга, чтобы исключить вероятность инфильтративного неопластического процесса. Аспирационная биопсия костного мозга выявила гиперцеллюлярность с признаками метаплазии раковыми клетками и сниженной продукции элементов крови. Результаты этого исследования подтвердили диагноз аутоиммунного процесса, вызвавшего укорочение времени жизни всех трёх ростков кроветворения.

Иммунолог отметил, что ключевым симптомом в данном случае является иммунная цитопения без лимфаденопатии, но с развившейся спустя 4 месяца после госпитализации спленомегалией. Следовало исключить пер-

Изолированная тромбоцитопения

Комбинация короткой по продолжительности клиники с кровотечением, синяками или лихорадочным заболеванием (только петехии и выявление изолированной тромбоцитопении) говорили об острой идиопатической тромбоцитопенической пурпуре (ИТП). Такое нарушение часто описывается как иммуноопосредованная тромбоцитопения. Детская форма ИТП наиболее часто диагностируется у больных в возрасте между 1 и 6 годами, и приблизительно в 10% случаев проявляется на первом году жизни. Обнаружение гигантских тромбоцитов в периферической крови объясняется комбинацией иммунообусловленного укорочения жизни тромбоцитов с компенсаторным, но адекватным ускорением продукции тромбоцитов. Родителей ребёнка уверили, что гематологические изменения у него не являются злокачественными.

В лечении ИТП в настоящее время рассматривается несколько вариантов: наблюдение и терапевтическая интервенция либо глюкокортикостероиды, гаммаглобулин или анти-D. Так как кровь у больного Rh-положительная, был выбран вариант лечения анти-D – антителом, направленно действующим на Rh-антиген, расположенный на циркулирующих эритроцитах, что способствует быстрому увеличению числа тромбоцитов у большинства больных ИТП детей.

Лечение анти-D всегда приводит к гемолизу с падением гемоглобина приблизительно на 10 г/л. Наиболее выраженное падение наблюдается у больных, у которых до болезни были антитела к эритроцитам. По этой причине его использование противопоказано у пациентов с признаками антител на мембране эритроцитов, что обычно определяется по положительной пря-

вичное гематологическое заболевание или инфильтрацию костного мозга злокачественными клетками. Поэтому следует рассмотреть два возможных диагноза – синдром Эванса, который встречается у больных с общей вариабельной иммунной недостаточностью (ОВИН), и аутоиммунный лимфопролиферативный синдром (АЛПС).

Общая вариабельная иммунная недостаточность

Синдром характеризуется уменьшением уровня сывороточных иммуноглобулинов и имеет два изотипа. Болезнь характеризуется широким спектром клинических проявлений, диагноз часто ставится методом исключения. Аутоиммунное заболевание развивается примерно у 20% детей с ОВИН. ИТП и антительноопосредованная гемолитическая анемия характерны для всех типов этого синдрома. Патогенез заключается в не до конца понятном дефекте последних стадий развития В-клеток. Синдром Эванса с цитопенией всех линий кровetворений наблюдается у всех больных ОВИН.

При синдроме Эванса обычно отмечается поражение только двух линий кровetворения, у наблюдававшегося больного было поражение всех трёх линий. Отсутствие в анамнезе частых бактериальных инфекций говорит против диагноза ОВИН. Повышены уровни иммуноглобулинов при нормальной их функции при ОВИН снижены и функция иммуноглобулинов, и их уровни даже при наличии аутоиммунной цитопении.

Аутоиммунный лимфопролиферативный синдром

Недавнее исследование показало, что почти половина больных с синдромом Эванса имеют признаки АЛПС. У них более резко повышены уровни иммуноглобулинов и более тяжёлая цитопения, чем у пациентов без АЛПС. У обсуждаемого больного имеют место оба эти заболевания.

АЛПС – редкое аутосомно-доминантное заболевание, частота которого неизвестна. Однако около 250 больных находятся под наблюдением Национального института здоровья США и почти 400 предполагается во всём мире. АЛПС является следствием дефектного апоптоза Т-лимфоцитов – аккумуляции дважды отрицательных Т-клеток, которые экспрессируют CD3 и рецептор $\alpha\beta$ Т-клеток, при дефиците как CD4, так и CD8. Аккумуляция дважды негативных Т-клеток приводит к лимфаденопатии и спленомегалии в первые годы жизни. В противоположность тому, что есть в клинической картине больного, аутоиммунные цитопении обычно не проявляются к моменту постановки диагноза АЛПС и в типичных случаях развиваются на несколько месяцев и лет позже.

Большинство мутаций, наблюдаемых при АЛПС, имеют место в гене FAS-рецептора на активированных Т-клетках. При активации от контакта с FAS-лигандом, который экспрессируется на активированных Т- и В-клетках, FAS-ассоциированный смертельный домен (FADD) активизируется, запуская каскад каспаз по внутреннему пути. Происхождение дважды негативных Т-клеток – главной причины этих нарушений – неизвестно, хотя предполагают, что они возникают из CD8+ Т-клеток.

Клиническая картина у обсуждаемого больного не отвечает диагностическим критериям АЛПС (2009). Однако имеются значительные клинические основания предполагать у неё АЛПС. Поэтому была проведена цитофлуометрия, чтобы определить, есть ли повышенный уровень дважды негативных Т-клеток. Кроме того, планировалось провести генетическое исследование для подтверждения диагноза, если результаты цитофлуометрии подтвердят диагноз АЛПС.

Клинический диагноз – синдром аутоиммунной лимфопролиферации (АЛПС).

Пересмотренные диагностические критерии АЛПС

- Обязательные:
 - хроническая (> 6 мес.) неонкологическая, неинфекционная лимфаденопатия и/или спленомегалия;
 - повышенные CD3*TCR + CD4-CD8 – дважды негативные Т-клетки (1,5% от общего числа лимфоцитов, или 2,5% от числа CD3+-лимфоцитов) при нормальном или повышенном количестве лимфоцитов.
- Дополнительные:
 - первичные:
 - дефект апоптоза лимфоцитов (в двух отдельных анализах);
 - соматические или герменативные патогенные мутации в FAS-лигандах или CASP10;
 - вторичные:
 - повышение уровней плазменных растворимых FAS-лигандов (> 200 пг/мл);
 - повышение уровней плазменных интерлейкинов – 10 (> 20пг/мл);
 - повышение уровней сывороточного или плазменного витамина B₁₂ (> 1500 пг/л или 1,1 пмоль/л);
 - повышение уровней плазменного интерлейкина-18 (> 500 пг/мл);
 - типичные иммуногистологические находки, по оценке опытных гематопатологов;
 - аутоиммунные цитопении (гемолитическая анемия, тромбоцитопения или нейтропения) и повышение уровней IgG (поликлональная гипергаммаглобулинемия);
 - семейный анамнез незлокачественных и неинфекционных лимфопролифераций с аутоиммунными нарушениями без них.

Диагноз ставится при наличии двух обязательных и одного первичного дополнительного критерия. Вероятный диагноз – два обязательных и один вторичный дополнительный критерий.

Обсуждение патогенеза

Цитофлуометрия лимфоцитов периферической крови показала нормальное абсолютное число CD3+, CD4+, CD8+ Т-клеток. Дальнейший анализ CB3+-клеток выявил, что 13% из них замечены CD4-CD8-фенотипом (дважды негативные Т-клетки). Абсолютное число CD19+ В-клеток и CD16+CD56+CD3 – Т-клеток (естественные киллеры) было снижено.

Дважды негативные Т-клетки в крови обычно представлены TCR γ Т-клетками, реже – TCR $\alpha\beta$ Т-клеткам, и могут включать NK Т-клетки. NK Т-клетки могут дифференцироваться из других TCR $\alpha\beta$ + дважды негативных Т-клеток, окрашиваемых для маркёров NK Т-клеток (CD16, CD56 или V α 24V β 11) или реактивацией тетрамерами CD1d, нагруженными α -галактозилцерамидом. Число TCR $\alpha\beta$ + дважды негативных Т-клеток у здоровых лиц обычно составляет 1-1,5% от числа периферических лимфоцитов и может быть увеличено при некоторых аутоиммунных нарушениях, таких как красная волчанка. Заметное увеличение числа TCR $\alpha\beta$ + дважды негативных клеток наблюдается у больных с АЛПС. Иммунологические нарушения были отмечены у мышей линий Irg и gld с АЛПС, у которых были дефектный Fas-опосредованный апоптоз и *beag* генетическая мутация Fas (у Irg мышей) и Fas лиганд (у gld мышей). Повышенное количество TCR $\alpha\beta$ + дважды негативных клеток у этих мышей экспрессирует В-клеточный маркёр B220. B220 представляет собой особую изоформу CD45 (D220) и отражает изменённые биосинтез О-связанных гликанов. Повышенное количество TCR $\alpha\beta$ + дважды негативных Т-клеток при АЛПС также экспрессирует B220, как видно из реактивации моноклональными антителами (RA3-6B2), которые реактивируют B220. In vitro активация человеческих Т-клеток

суперантигенами и митогенами приводит к экспрессии B220 Т-клетками в течение их пролиферации до апоптоза.

Дальнейший анализ лимфоцитов периферической крови в лаборатории показал, что 16,6% лимфоцитов были TCR $\alpha\beta$ + дважды-негативными клетками, и 92,3% из этих клеток экспрессировали B220.

Абсолютное число TCR $\alpha\beta$ + дважды-негативных Т-клеток при АЛПС варьирует с возрастом и связано с общим числом лимфоцитов. В ассоциации с повышенным или нормальным числом лимфоцитов (CD45+) для диагноза АЛПС требуется количество TCR $\alpha\beta$ + Т-клеток по крайней мере 1,5% от общего количества лимфоцитов, или 2,5% от числа CD3+ Т-лимфоцитов. Так как количество TCR $\alpha\beta$ + дважды-негативных Т-клеток более 3% от общего числа лимфоцитов наблюдается редко при других болезнях, наличие этих клеток в 16,6% у данного больного позволяет поставить ему диагноз АЛПС. Биопсия лимфатического узла у больного с АЛПС и лимфаденопатия показали наличие экспансии этими дважды негативными Т-клетками и паракортикальной Т-зоны.

Генетическое обследование выявило, что больной был гетерозиготным по мутации рецептора герминальной FAS в интроне 4, локализующемся в экстрацеллюлярном домене FAS рецептора. Эта мутация приводит к нарушенному сплетению гена. У отца ребёнка было также обнаружено носительство этой мутации, но он оставался асимптомным, возможно, из-за вариабельности пенетрации, которая обычно наблюдается при мутации в экстрацеллюлярном FAS-домене. Клиническая пенетрация мутации герминального экстрацеллюлярного FAS-рецептора имеет место примерно в 30% случаев, в противоположность мутациям интрацеллюлярного FAS-рецептора, которая составляет примерно 80% пенетраций. Как соматическая мутация, так и потеря второго аллеля FAS наблюдается в дважды негативных Т-клетках у больных с АЛПС, которые являются гетерозиготными по герминальной мутации. Мутация FAS-рецептора у больного ребёнка по классификации соответствует АЛПС, вызванной мутацией герминальной FAS. Этот вариант – наиболее частая мутация, наблюдаемая при АЛПС.

Имеются сообщения, что при аутоиммунном варианте цитопении у больных АЛПС спорадически наблюдаются гломерулонефрит, аутоиммунный гепатит, энтерит. Кроме того, у них может быть длительная диарея.

Гастроинтестинальные симптомы

Главным симптомом у больного была интермиттирующая диарея и интолерантность к пище. Диарея считается хронической, если объём стула превышает 10 г/кг массы тела в день для младенцев в течение более 14 дней. Были основания рассмотреть возможность хронической диареи у младенцев и более старших детей, поскольку имеется по крайней мере 7 вариантов этой диареи.

У наблюдаемого больного возможны как эозинофильная гастроинтестинальная болезнь, так и индуцированная пищевым белком энтеропатия. Эозинофильный вариант вызывается аллергической реакцией на антигены пищи по IgE-опосредованному и по не IgE-опосредованному варианту. Тканевая эозинофилия характеризуется гистологическими находками в биоптате слизистой оболочки. Диагноз пищевой белковой энтеропатии и энтероколита основывается на клинических симптомах и наличии поражения ворсинок, определяемого при биопсии тощей кишки.

Диарея, рвота и пищевая интолерантность могут также быть вызваны АЛПС-ассоциированным энтероколи-

том. Это клинический диагноз, потому что нет единственно патологических признаков по биопсии слизистой оболочки кишки. Недостаточность клинических симптомов на фоне успешной иммуносупрессивной терапии говорит против диагноза АЛПС-ассоциированного энтероколита.

Диарея и интолерантность к пище у обсуждаемого больного заметно улучшились на фоне безмолочной, бессоевой и беспшеничной диеты и при применении алиментарной диеты (смеси, основанные на аминокислотах без содержания белков). Это показывает, что энтероколит, ассоциированный с пищевым белком, – наиболее вероятный диагноз в данном случае. Аллергический энтероколит может быть у предрасположенных больных с АЛПС.

Обсуждение ведения больного

Общепринятым алгоритмом лечения АЛПС является преднизолон как препарат первой линии терапии. Поэтому в госпитальных условиях больному применяли внутривенное введение глюкокортикоидов, а после выписки – преднизолон *per os*. Однако панцитопения не купировалась. Согласно руководству по лечению АЛПС, был назначен микрофенолат мофетил, который дал быструю ремиссию по цитопении. Уровень витамина B₁₂, биомаркера этой болезни, также снизился. Он повышается у больных АЛПС, возможно, из-за того, что лимфоциты продуцируют гаптокоррин (haptocorin) – сывороточный белок, связанный с витамином B₁₂. Другим маркёром является интерлейкин-10, как полагают, секретирующий дважды негативными Т-клетками.

Больной продолжал получать монотерапию микрофенолата мофетилом в течение 1,5 года. Гастроинтестинальные проблемы не улучшились на этой терапии, что позволяло думать, что у больного не было АЛПС-ассоциированного гастроэнтерита. Врачи выражали надежду, что когда ребёнку исполнится 2 года, он останется на терапии микрофенолатом мофетилом на период детства (лимфопролиферативная болезнь обычно проходит к 10-летнему возрасту).

Хроническая иммуносупрессия, ассоциированная с микрофенолатом мофетилом, вакцинальный статус и риск лимфомы являются наиболее частыми проблемами, которые должны оставаться предметом внимания врача в будущем. У больного не было инфекций, вызванных хронической иммуносупрессией. Он не получал вакцин против кори, эпидемического паротита, краснухи и ветряной оспы. Врачи планируют провести вакцинацию против этих детских инфекций, когда ребёнку будет 4 года. В этом возрасте временно будет прекращена терапия микрофенолата мофетилом. Он будет находиться под постоянным наблюдением всю жизнь на предмет лимфомы, так как больные АЛПС имеют повышенный риск как неходжкинской, так и ходжкинской лимфом.

Обсуждался вопрос о целесообразности применения в данном случае анти-D. Покрытые анти-D-антителами эритроциты образуют клетки, которые удаляются из кровотока селезёночными макрофагами. Предполагается, что эритроциты конкурируют с покрытыми антителами тромбоцитами, что приводит к удлинению выживаемости последних. Эта терапия работает у большинства Rh-положительных детей. Хотя она вызывает транзиторный гемолиз, гемолитический процесс обычно продолжается неделю или две.

Окончательный диагноз – аутоиммунный лимфопролиферативный синдром (АЛПС), вызванный герменативной FAS-мутацией.

Рудольф АРТАМОНОВ,
профессор.

По материалам
New England Journal of Medicine.

Продолжаем разговор

Без фармацевтической индустрии здравоохранение XXI века трудно себе представить. Её достижения внедрены в повседневную жизнь медицины: научно-практическую деятельность клиницистов, фармацевтов, микробиологов, патоморфологов, молекулярных генетиков, технологов.

Мы продолжаем начатый в «МГ» № 45 от 25.06.2014 разговор об этике взаимодействия между фарминдустрией и медицинским образованием в России. Своими размышлениями на эту тему делится врач и журналист Татьяна МОХРЯКОВА.

Три вопроса

В этом году в Казани стартовал проект «Медицинское образование без фармацевтической рекламы», о котором читатели «Медицинской газеты» узнали из статьи Лилии Гатиятуллиной «Свободные от фармфирм». В ходе реализации проекта были проведены парламентские дебаты: на обсуждение вынесен вопрос о принятии законопроекта о запрете взаимодействия между медицинскими работниками и представителями фармацевтических компаний.

У меня возникло несколько вопросов к коллегам участникам этой инициативы. Вопрос первый: как вы себе представляете подобный запрет в современном медицинском мире? Вопрос второй: возможна ли свобода медицинского образования от фармацевтической индустрии в XXI веке? Вопрос третий: что вы подразумеваете под свободой, предлагая применять запрет взаимодействия между медицинскими работниками и представителями фармацевтических компаний?

Предлагаю ответы на эти вопросы: своё видение современных процессов взаимодействия фармацевтической индустрии, научно-практического здравоохранения и медицинского образования.

Невидимое поле деятельности

Зная не понаслышке о работе крупных фармацевтических компаний, могу смело утверждать: их роль в образовательном процессе современного российского врача, провизора, а порой и учёного огромна и весьма полезна. Мало того. Хочу сказать, что без участия фармацевтических компаний уровень образования отечественной медицинской корпорации сегодня был бы за редким исключением далёк от того, что мы имеем. Со знаком минус. Почему?

Чтобы ответить на этот вопрос, надо понимать, что такое фармацевтическая индустрия сегодня, как она работает и как взаимодействует с медицинским сообществом.

Внутренняя структура фармацевтических компаний, особенности работы их структурных подразделений – это прогрессивный и активный в своих исследованиях, изысканиях и открытиях мир: огромное, невидимое обычному практикующему врачу и провизору поле деятельности. Без него современная медицина не могла бы сделать такой прорыв в лечении многих болезней разной природы.

При этом практическая деятельность врача, провизора и фармацевта изучаема и хорошо известна представителям фармацевтического бизнес-сообщества. В первую очередь аналитикам, от которых зависит выход в свет новых препаратов, и маркетинговым, разрабатывающим стратегию продвижения препаратов и тактику их внедрения в ежедневную практику врачей.

Сначала в научных лабораториях идёт кропотливая работа от формирования идеи до её реализации: создание молекулы нового лекарства. В дальнейшем разрабатывается и воплощается

в жизнь технология производства нового препарата, после чего проводятся его доклинические испытания и регистрация. Всё это энергоёмкий, затратный и небыстрый процесс. Тратятся огромные деньги. Привлекаются учёные с богатым научным опы-

том и неординарным мышлением: аналитики, микробиологи, клинические фармакологи, клиницисты. И только при достигнутом результате – выпуске препарата на фармацевтический рынок – начинают работать представители фармацевтической индустрии. Их сотрудники стараются донести информацию о выпущенном препарате или аппарате, используя различные методы продвижения продукта, в том числе рекламу. Именно с деятельностью представителей фармацевтических компаний, по всей видимости, борются противники коммерциализации образовательного процесса, не рассказывая своим студентам, интернам и ординаторам, к чему может привести такой запрет.

О взаимопользном сотрудничестве

Из статьи Л.Гатиятуллиной: «Фармацевтические компании тратят в среднем 35% от суммы продаж на рекламу, что является основной статьёй их расхода, значительно превышая затраты на разработку новых лекарственных средств».

Интересно, откуда такие цифры? И непонятно, зачем обсуждать со студентами медицинских вузов затраты бизнес-структур, не зная специфику и особенности их деятельности.

Намного полезнее, на мой взгляд, познакомить студентов и врачей перед подобной дискуссией с руководителями крупных фармацевтических фирм или корпораций, которые кратко, но верно интересно и точно опишут масштабы фарминдустрии, в которой они ведут свой бизнес-процесс. Расскажут о специфике работы научных, маркетинговых подразделений, о проводимых ими научных и маркетинговых исследованиях и некоторых их результатах (порой очень любопытных). А также о деятельности разных отделов своих компаний: юридического, отдела регистрации лекарственных средств, отдела продаж и маркетинга.

Это знакомство с процессом, выходящим за рамки классического медицинского образования, будет полезно многим нынешним студентам медицинских вузов. Ведь кто-то из них, получив диплом о высшем образовании, выберет местом работы фармацевтическую компанию.

Но ещё полезнее для будущих выпускников, конечно же, блестяще знать фармакологию.

Что такое дженерик?

Хочу напомнить коллегам, что разработкой новых лекарственных средств занимаются далеко



не все компании, занятые на отечественном фармацевтическом рынке. Многие производят дженерики – лекарства, продающиеся под международным непатентованным названием (МНН) или под патентованным, но отличающимся от фирменного названия разработчика препарата. Это, на мой взгляд, как раз то «слабое звено» в образовании медицинских кадров, которым активно пользуются производители лекарств.

Дженерики после вступления в действие соглашения по торговым аспектам прав интеллектуальной собственности (ТРИПС) называют лекарственными средствами, на МНН которых истёк срок патентной защиты. Они так же эффективны, как оригинальные препараты, но значительно дешевле. Именно поэтому поддержка производства дженериков, их активного использования в медицинской практике, замещение ими оригинальных препаратов – одна из стратегических целей ВОЗ.

Так значит, задача преподавателей кафедр не настраивать студентов и врачей против фармацевтической индустрии, а образовывать их так, чтобы каждый врач знал и МНН, и брендовые названия препаратов, мог бы в каждом клиническом случае объяснить свой выбор препарата, понимать отличия оригинального препарата от дженерика.

Может быть, преподавателям вузов стоит подумать об эффективном и взаимопользном сотрудничестве кафедр и научно-практических медицинских центров России с представителями фарминдустрии?

На мой взгляд, запрет на участие фармфирм в образовательном процессе не усилит, а возможно, ослабит и без того не образцово-показательные порой результаты обучения фармакологии настоящих и будущих врачей.

Где та тонкая грань?

Написав на своих футболках лозунг Don't be a Pharma puppet!, что в переводе с английского – «Не будь фармацевтической марионеткой!», участники проекта хотели сказать, вероятно, что врач не должен поддаваться на используемые ухищрения фармкомпаний, используя их в продвижении препаратов: участвовать в так называемом теневом бизнесе.

Было время, когда некоторые фирмы – производители лекарств платили врачам процент от продаж за выписку рецептов на свои препараты. Сегодня подобные методы в прошлом.

Однако мы не знаем, что происходит там, где активно борются с взаимодействием между медицинскими работниками и медицинскими представителями. Может быть, до сегодняшнего дня используется прямая коммерческая заинтересованность врачей в выписке определённых лекарств? Тогда это тема для разговора о нарушении закона представителями фармбизнеса и врачами, а не повод для обобщения и требования запрета полезного в мировых масштабах взаимодействия.

Кого инициаторы проекта «Медицинское образование без фармацевтической рекламы» называют марионетками? Не исключено, что кого-то из врачей и опинион-лидеров, участвующих в активном продвижении лекарственных препаратов, методично упоминая их брендовые названия в своих лекциях, настойчиво рекомендуя тот или иной бренд для лечения пациентам. Здесь, как и в выборе врачом конкретного лекарства с брендовым названием, очень тонка грань между искренним убеждением профессионала в эффективности и исключительности лекарства и индивидуальной коммерческой заинтересованностью человека в продвижении препарата сомнительного качества и свойств.

Круг замыкается

Ни для кого не секрет, что успешные фармацевтические фирмы тратят часть заработанных на прибыли от продажи раскрученных лекарств в образовательные проекты. Логично, что организованные фирмой мероприятия будут сопровождаться раздачей рекламных буклетов и установкой баннеров с краткой информацией о промоутируемом ей лекарственном препарате. А лектор, также не безвозмездно приглашённый фармкомпанией, в своём докладе на заданную тему упомянет лекарство фирмы N, которое только что вышло на рынок и может помочь в решении насущных проблем.

Здесь неплохо напомнить нашему врачебному сообществу и тем, кто против взаимодействия с фармфирмами, что все крупные российские и международные конгрессы были бы невозможны без участия и активной спонсорской поддержки крупных фармацевтических компаний. Как не могли бы регулярно проходить съезды и конференции врачей всех специальностей. Как невозможно было бы участие многих наших учёных и врачей в медицинских конференциях,

съездах, школах, проходящих в разных городах России и за рубежом.

Что имели в виду организаторы проекта «Медицинское образование без фармацевтической рекламы», говоря о свободе студента, врача, провизора учёного от фармфирм? Вероятно, возможность коллег действовать в своей профессии на основании полученных знаний и опыта, руководствуясь наставлениями учителей, разработками современных учёных, собранными в Рекомендации Минздрава России и Международные рекомендации по лечению различных заболеваний, а не на

основании рекламных кампаний фармацевтических фирм? Но и эти процессы так тесно связаны между собой, что нащупать невидимую грань влияния фармацевтической индустрии на них невозможно.

Что, на мой взгляд, нужно студенту, чтобы, став дипломированным специалистом, не «вестись» на рекламные трюки фармацевтических компаний, не быть «фармацевтической марионеткой»? Стремиться овладеть фундаментальными знаниями, которые включали бы понимание схем работы медицинских и фармацевтических корпораций, знание основ маркетинга, медицинских ноу-хау и внедрённых в практику технологий, мнений опинион-лидеров в своей области и в отечественном здравоохранении, иметь искренний интерес к профессии, широкий кругозор, заинтересованность в результатах своего труда и финансовую независимость.

Итак, мои выводы. Абсолютная свобода от фармбизнеса в современном медицинском мире невозможна. Он во многом диктует «правила игры», а точнее – направления доклинических и клинических исследований, разработку новых молекул и медицинских технологий, схем и методов лечения, участвует в образовательных процессах медицинского сообщества и организует научно-практические форумы для врачей и провизоров.

Односторонний подход к проблеме участия фармбизнеса в образовательных процессах медицинского сообщества с желанием запретить его не полезен и фарминдустрии, и научно-практическому медицинскому сообществу, а больше всего – нынешним студентам: будущим врачам, провизорам и организаторам здравоохранения. Потому что от них зависит прогресс отечественного, а может, и мирового здравоохранения дня завтрашнего.

Москва.

НА СНИМКЕ: нынешний студент должен стремиться овладеть знаниями «секретов» работы медицинских и фармацевтических корпораций.

Фото
Александра ХУДАСОВА.

ОТ РЕДАКЦИИ. «Медицинская газета» приглашает к продолжению разговора об этике взаимодействия между фарминдустрией и медицинским образованием врачей, учёных, организаторов здравоохранения. Нам интересно ваше мнение.

Ожидается, что объём производства медицинских изделий вырастет от 28,4 млрд руб. с долей на рынке 18,4% в 2010 г. до 209,8 млрд руб. с долей на рынке 40% в 2020 г. Но при этом ситуация в отечественной фармацевтической и медицинской промышленности пока неутешительная. Темпы роста отечественного медпрома в 2 раза ниже темпов роста импорта лекарственных средств и медизделий.

Чтобы исправить эту диспропорцию, в рамках федеральной целевой программы на развитие отрасли выделено 179 млрд руб., в том числе 109 млрд – бюджетные средства, из них уже освоено около 90 млрд. Поддержку получили более 160 проектов по разработке и организации производства современных медицинских изделий и техники.

Кроме того, за счёт средств российских и зарубежных инвесторов на создание мощностей по выпуску лекарственных средств и медицинской техники вложено более 90 млрд. Благодаря этим вложениям отечественная промышленность перешла на международные стандарты качества и освоила практически все современные стандарты, применяемые для профилактики и лечения заболеваний, подчеркнул эксперт. При этом цены на отечественную продукцию зачастую в 1,5-2 раза ниже зарубежных аналогов.

Вместе с тем доминирование на российском рынке импортной продукции показывает, что эффективность применяемых мер низкая, в 2013 г. совокупный объём рынка медицинских изделий составил 1 трлн руб., 750 млрд из них – продукция зарубежного производства. По сути, государство, которое является основным покупателем медицинской продукции, стимулирует развитие зарубежных компаний, отметил Юрий Калинин.

В ближайшее время ожидается, что Правительство РФ примет два постановления: «Об установлении запрета на допуск товаров (отдельных видов медицинских изделий), происходящих из иностранных государств, для осуществления закупок для обеспечения государственных и муниципальных нужд в целях защиты внутреннего рынка Российской Федерации» и «Об установлении ограничений на допуск товаров (отдельных видов медицинских изделий), происходящих из иностранных государств для осуществления закупок для обеспечения государственных и муниципальных нужд в целях поддержки производителей». По мнению участников конференции, документы обеспечат российским производителям медицинских изделий действенную помощь, создадут необходимые условия вывода на рынок продукции, в том числе той, производство которой поддерживается государственными инвестициями.

Принятие этих документов не только поддержит отечественных производителей медизделий, но и даст мощный сигнал о необходимости локализации на территории России зарубежных компаниям, считает член президиума общероссийской общественной организации малого и среднего предпринимательства «Опора России» Анатолий Дабагов. Эксперт отметил, что запрет касается

Сегодня российский бюджет здравоохранения инвестирует зарубежную фарминдустрию. Но он может превратиться из расходного в бюджет инвестиционный, если переключить львиную долю госзакупок для системы здравоохранения на отечественных производителей. Такое мнение высказал председатель Комиссии по фармацевтической и медицинской промышленности Российского союза промышленников и предпринимателей, президент Союза ассоциаций и предприятий медицинской промышленности Юрий Калинин на научно-практической конференции «Пути повышения конкурентоспособности отечественного производства лекарственных средств и медицинских изделий», состоявшейся на днях в Торгово-промышленной палате России.

Перемены

Всё – в дом!

Переориентация здравоохранения на отечественного производителя позволит сэкономить бюджетные средства и увеличить поступление налогов в казну



только узкой группы медизделий, не более 5-6% от общего числа обращающихся на рынке, по которым существует достаточное количество отечественных производителей.

Кроме того, переориентация здравоохранения на продукцию отечественного производства даст значительный экономический эффект, позволит дополнительно сэкономить значительные бюджетные средства и увеличить налоговые поступления.

– Расчёты показывают, что если бы постановление уже работало, то из 13 млрд руб. бюджетных средств, выделенных в 2012-2013 гг. для закупки медицинских изделий, в стране осталось 7,5 млрд руб., то есть экономия составила бы 58%. Большинство ведущих отечественных компаний имеют свои производственные мощности. Это значит, что заработанные деньги они вложат в экономику страны: построят новый завод или модернизируют старый, – заключил эксперт. При этом он подчеркнул, что многие западные компании «уже на старте» и готовы локализовать свои производства на территории России.

В режиме ожидания

Позицию Министерства здравоохранения по ряду обсуждаемых вопросов изложил заместитель директора Департамента лекарственного обеспечения и регулирования обращения медицинских изделий Минздрава России Владимир Емельянов.

Он согласился с фактом, что российские медизделия дешевле импортных. И это важно для потенциальной победы на аукционах, так как основным критерием при объявлении аукциона до недавних пор являлась начальная максимальная цена контракта. «Вместе с тем при подготовке технических

заданий не всегда учитываются общие правила. Поэтому не все российские медицинские изделия могут участвовать в аукционах», – уточнил он.

Для решения данной проблемы предлагается несколько вариантов. Первый – подготовить типовые технические задания. Другой вариант – проводить анализ непосредственно на торговых площадках при проведении аукционов.

Что касается двух постановлений о запрете и ограничении допуска иностранных товаров, то соответствующие документы были рассмотрены в Министерстве здравоохранения РФ. В итоге Минздрав совместно с Минпромторгом России и РСПП провели мониторинг использования медицинских изделий в регионах страны и возможности их производства отечественными предприятиями.

Проведённый анализ показал, что в указанный перечень могут быть включены салфетки спиртовые с содержанием лекарственных средств, одноразовые стерильные изделия из нетканых материалов (одежда и бельё), некоторые виды шприцов, игл, устройств переливания крови, отдельные виды стоматологического оборудования и инструментов. Причём этот перечень не является исчерпывающим, уточнил Емельянов.

Вместе с тем он отметил, что в настоящее время отсутствуют прозрачные критерии отбора медицинских изделий в указанный перечень. Поэтому предлагается рассмотреть следующие критерии отбора: наличие регистрации, возможность производства на территории страны с учётом потребности регионов, наличие более двух производителей указанного медизделия.

«Также мы считаем целесообразным при решении во-

проса включения вида медицинского изделия в перечень руководствоваться мнением регионов, главных внештатных специалистов и специалистов РСПП», – сказал заместитель директора департамента. При этом особо отметил, что при введении каких-либо льгот или ограничений для производителей нельзя ущемлять права пациентов на доступную и качественную медпомощь.

Эффективная поддержка государства возможна лишь для качественной продукции. Данное условие особо подчеркнул в своём выступлении генеральный директор Ассоциации российских фармацевтических производителей (АРФП) Виктор Дмитриев.

– Процент брака среди отечественных предприятий остаётся, высоким и внедрять такие сдерживающие механизмы можно лишь, когда все российские производители перейдут на стандарты GMP, – уверен В.Дмитриев. Кроме того, нет ясности, кого считать отечественным производителем. По его словам, до сих пор нет легитимного термина «локальный продукт», и пока не будет разработано чётких критериев в этом плане, многие потенциальные инвесторы занимают выжидательную позицию.

Расставить точки над «i»

– Федеральная антимонопольная служба всегда поддерживала и будет поддерживать отечественных производителей, но любые декларации должны подтверждаться делом. Мало принять постановление, его надо выполнять, – заметил начальник Управления контроля социальной сферы и торговли Федеральной антимонопольной службы России Тимофей Нижегородцев.

По его словам, несмотря на действенность предложенных мер, только Закон об обращении медицинских изделий сможет расставить все точки над «i» в отрасли и исключить тот поток жалоб, которые сейчас поступает в ФАС. – Необходимо создать условия для повышения конкурентоспособности отечественной медицинской продукции, как на внутреннем, так и на внешнем рынке. Эти меры заложены в законе. Его нужно готовить и принимать и не ограничиваться регулированием отрасли через постановления правительства, – считает

представитель антимонопольного ведомства.

В свою очередь, исполняющий обязанности руководителя Росздравнадзора Михаил Мурашко сообщил о завершении работы над проектом номенклатурного классификатора медицинских изделий, устанавливающего требования к их идентификации и сопоставимости. Проект содержит наименования 20 696 видов медицинских изделий и их описание. Для удобства использования классификатора в настоящее время ведётся разработка программного продукта, предусматривающего возможность поиска медицинских изделий по различным классификационным признакам. С проектом документа можно ознакомиться на сайте ведомства.

Минпромторг России планирует усилить меры по поддержке медицинской промышленности, которые предусмотрены в рамках реализации федеральной целевой программы. Об этом сообщила директор Департамента развития фармацевтической и медицинской промышленности ведомства Ольга Колотилова. По её словам, принятые ранее аналогичные меры по поддержке фармацевтической промышленности себя оправдали. Рост производства отрасли составил в 2013 г. около 10%.

Кроме того, в ближайшее время будет возобновлена работа над проектом закона «Об обращении медицинских изделий». Подписание решения о создании в ЕвразЭс единого рынка медизделий и лекарственных средств с января 2016 г. послужило ещё одним аргументом для внесения Минпромторгом России соответствующего предложения в Правительство РФ.

Из последних инициатив Минпромторга России, направленных на развитие отечественной промышленности – разработка проекта Федерального закона «О промышленной политике в Российской Федерации». Закон устанавливает особенности применения уже существующих мер стимулирования либо предусматривает введение новых мер и подробно прописывает предоставление субсидий, налоговых льгот и преференций. Документ предусматривает также «специальные инвестиционные контракты», которые будут заключаться между Российской Федерацией в лице Минпромторга России и инвестором, принимающим на себя обязательства по созданию или освоению производства промышленной продукции на территории страны и иные обязательства в социально-экономической сфере. Ряд мер законопроекта будет направлен на поддержку производства лекарственных средств, медизделий и биофармацевтики, которая отнесена к критическим технологиям, пояснила О.Колотилова. Законопроект внесён в Госдуму РФ 27 июня текущего года.

Рекомендации конференции по мерам государственной поддержки отрасли, в том числе в части импортозамещения, будут направлены в адрес федеральных и региональных органов власти.

Ирина СТЕПАНОВА,
корр. «МГ».

НА СНИМКЕ: во время работы конференции.

**Гаршин
в роли натурщика**

«Поприщин» – картина Репина изображает героя гоголевских «Записок сумасшедшего» (1882 г., Музей русского искусства, Киев). Кроме этой работы Репин оставил и несколько карандашных рисунков к рассказу Гоголя, 1870 г., Третьяковская галерея. Это полотно – не единственное обращение живописца к теме безумия.

Одна из самых известных его картин «Иван Грозный и сын его Иван Иванович 16 ноября 1581 г.» (1885 г., Третьяковская галерея) изображает царя, чьё психопатологическое состояние в течение целого периода его царствования не вызывает сомнений у большинства современных психиатров; дискутируется лишь вопрос о нозологической принадлежности заболевания (паранойя, шизофрения, нейросифилис...). Сын Ивана Грозного тоже был человеком не слишком здоровым в данном отношении и, возможно, превзошёл в жестокости отца, доведись ему править государством. В этом полотне есть ещё один психиатрический нюанс: сына Грозного Репин писал с литератора Гаршина. (Есть и подготавливаемый этюд к картине, тоже находящийся в Третьяковской галерее, 1883 г., и акварель, с изображением писателя на смертном одре, 1888 г., Государственный литературный музей, Москва), который был болен маниакально-депрессивным психозом. Вскоре после написания полотна Гаршин, находясь в депрессивной фазе заболевания, совершил суицид, выбросившись в лестничный пролёт. В судьбе этой картины есть ещё одно почти мистическое обстоятельство, заставляющее вспомнить тему безумия.

В 1913 г. в Третьяковскую галерею пришёл посетитель, которого и прежде часто видели в залах древнерусской живописи. Это был Абрам Балашов, иконописец, служивший в старообрядческой книжной торговле, живший в собственном доме по Кладбищенскому переулку за Серпуховской заставой. Он задержался у картины Сурикова «Боярыня Морозова». Рассматривая полотно, что-то бормотал про себя. Его поведение насторожило служителя. Посетитель, почувствовав на себе взгляд, развернулся и быстро прошёл в Репинский зал, где, перепрыгнув шнур, отгораживающий картину «Иван Грозный и сын его Иван», нанёс полотну три удара ножом, воскликнув: «Довольно крови, довольно смертей!» При задержании сопротивления не оказал. Балашов был допрошен заместителем начальника московской сыскальной полиции Андреевым. Показания иконописца были сбивчивыми и путанными, он часто крестился, повторяя: «Господи, что я наделал...» Казалось, что он раскаивается, но затем Балашов признался в том, что «давно хотел порезать эту чудовищную картину, для чего и купил садовый нож».

Психические расстройства были семейным проклятием Балашовых. Отец иконописца, крупный мебельный фабрикант, был человеком очень состоятельным, семья ни в чём не нуждалась, но дети – заболели. Младший брат Абрама скончался на Канатчиковой даче, сестра Ульяна практически не выходила из психиатрических больниц. Сам Абрам тоже был давно болен, отец лечил его у лучших докторов Москвы, но болезнь прогрессировала. После первых

допросов Балашова поместили в центральный полицейский приют для душевнобольных.

Кажется, никто ещё не обращал внимания на сходство известного сновидения Юнга, которому незадолго до начала Первой мировой войны приснилась затопленная кровью планета – с этим тревожным предощущением грядущей трагедии, ставшим доступным безумному Балашову. Универсальный язык архетипов Юнга доступен всем, но понятен он пока что, видимо, только гениям и сумасшедшим. Оттого их так часто путают.

Болезни великих

Проигрыш в генетическую рулетку 170 лет назад родился Илья Репин

**Семейная трагедия
художника**

Кроме всех этих сюжетов, личная драма художника, одна из дочерей которого оказалась психически нездоровой («...в юности у неё появились признаки душевной болезни, приведшие к тихому помешательству») и которую он тоже нередко изображал («Надя Репина», 1881 г., Саратовский государственный художественный музей им. А.Н.Радищева), стала ещё одной линией, объединившей творчество Репина с психиатрией. Сын живописца Юрий – тоже художник – был «...совершеннейший Василий Блаженный эпохи московского Средневековья. Ходил то в каких-то опорках, то совсем босой – это в императорском-то Петербурге!» – по воспоминанию современника.

Сохранились и такие воспоминания: «В Куоккальской усадьбе Репина-старшего «Пенаты» незадолго до революции некий медицинский светил из Петербурга, заметив на стене одной из комнат «Портрет молодого человека» репинской кисти, стал хвалить Илью Ефимовича за «удачно схваченный образец вырождения»: «Взгляните на этот безвольный подбородок, на эту обречённую линию губ, на потухший, погружённый в созерцание себя взгляд, и вы легко поставите диагноз: дебил в начальной стадии». Это был портрет Юрия Ильича Репина.

К 1920-м годам необычайно усилилась его религиозность.

Постепенно библейские сюжеты стали доминировать в творчестве Репина-младшего. Он начал вести дневник – «Книгу жизни», записывая туда всё, что ему виделось и слышалось. Многие свои видения он переносил на холсты и листы фанеры. Юрий Репин соотносил в своём сознании свет солнца и звёзд с образом Христа. Солнце над дюнами являло ему Вознесение Бога-сына на небо, и лик Всевышнего излучал золотой свет – знак всеобъемлющей любви. Многие замечали странности Репина-младшего: его скрытность,

чение в клинике для психически больных не помогло. В 1954 г. Юрий Репин покончил с жизнью самоубийством, выбросившись из окна ночлежки. Сегодня его работы находятся в Третьяковской галерее, Доме-музее И.Е.Репина (бывшая Куоккала), Национальной галерее Праги, многих частных собраниях.

**Коктейль в разных
пропорциях**

Судьба сына стала своеобразным зеркалом, позволяющим увидеть особенности личности

заставил первым попробовать шоколадные конфеты, которые привезли ему в подарок».

Достаточно закономерной кажется эволюция свойств характера мастера, бывшего прежде крайне необузданным, вспыльчивым и гневливым человеком, – к насторожённо-субпараноическим взаимоотношениям с миром. В этом контексте понятными выглядят и нездоровое потомство художника, и сложный характер самого мастера, и тот странный тропизм к тематике безумия, который так хорошо заметен в творчестве Репина.

Илья Ефимович Репин, художник совершенно универсальный и всеядный, чьё творчество стало, по сути, живописной энциклопедией жизни русского общества трёх последних царствований Российской империи, рисовал всё, что попадалось под его горячую руку, вооружённую кистями и карандашами. Репин писал исторические полотна и портреты, жанровые сцены и библейские сюжеты... Он изображал писателей и композиторов, министров и босиков, прогрессивных учёных и консервативных чиновников...

Было бы поистине удивительно, если бы он не коснулся в своём искусстве ещё и каких-либо аспектов психиатрии (тоже, кстати сказать, проходившей своё становление на его веку: первая кафедра психиатрии была открыта в России в 1867 г. в Военно-медицинской академии С.-Петербурга). И творчество Репина действительно нередко обращалось к этой теме, порой оказываясь возле, а иногда и внутри неё по совершенно неожиданным и трагическим причинам. Художник не раз рисовал с натуры и сельских юродивых («Лёвка-дурочок», 1870 г., местонахождение неизвестно), и известных врачей, среди которых «Портрет психиатра В.М.Бехтерева» (1913 г., Русский музей).

необщительность, увлечение мистикой... Он испытывал видения, постоянно слышал «голоса». Жил с женой и сыновьями в собственном доме в Куоккале, несколько в стороне от отцовской усадьбы. С Репиным-старшим он часто ссорился, подолгу с ним не общался. Корней Чуковский пишет: «...Илья Ефимович втягивал в работу и сына и очень радовался, когда тот соглашался прийти к нему в мастерскую со своей палитрой. Репин встречал его очень радушно, даже как будто заискивающе, и после первого же сеанса горячо одобрял его живопись, но Юрий Ильич выслушивал его в угрюмом молчании, не глядя ему в лицо, и норовил воспользоваться любой возможностью, чтобы ускользнуть из Пенатов...»

Репин умер 29 сентября 1930 г. Его тело положили на столе усадебной веранды. Юрий с утра пошёл в лес и, вернувшись к обеду, принёс убитого зайца. Он прибил его в распятие к столу в ногах покойного, вбив ещё один гвоздь, подвесил корзинку с яблоками и сказал: «Я принёс в дар папе всё, что мог самого дорогого...»

В течение некоторого времени за окончательно утратившим рассудок братом присматривала сестра, а после её смерти Юрий Репин круглогодично бродил по Хельсинки в монашеской рясе, ермолке на голове, сандалиях на босу ногу, ночуя в приюте Армии спасения. Еду добывал в отбросах на городском рынке, а свои картины раздавал бесплатно. Ле-

отца под неожиданным углом. В свете этих событий прежние особенности характера Ильи Репина, многократно описанные современниками, неизменно подмечавшими «его бурную восторженность»; яркий темперамент – однажды во время заседания в Академии художеств он чуть не запустил в художника Куинджи чернильницей; «пылкую страстность»: «Репин... заспорил... об одном ненавистном ему живописце и всё порывался в ослепленном гнева схватить руками жаркий самовар. Я несколько раз отводил его руки, а он тянулся к самовару опять и опять и даже ударил меня по руке, а потом всхлипнул и, не прощаясь ни с кем, выбежал...», – вспоминал Корней Чуковский; непримиримый максимализм в отстаивании собственных убеждений: «...становился до грубости прямым и высказывался в самой резкой и решительной форме»; его экспансивную манеру изъясняться: «Хотелось скакать, кричать, смеяться и плакать, безумно катаясь по дороге... О, музыка!»; гневливость, во время приступов которой мастер иногда бывал «...не в состоянии ни видеть, ни слышать», по его собственному признанию, – выглядят зарницами-предвестниками той клинической картины, что постепенно формировалась к преклонному возрасту художника. Уже в весьма престарелых летах – за 80 – у Репина современниками отмечались патологические конструкции параноидного содержания: «Он стал подозрителен...

Долгий и плодотворный век художника вдруг неожиданно обернулся для него и наказанием: он оказался в тех обстоятельствах, которые принято обозначать в психиатрической клинике как «возрастное заострение черт характера», безжалостно шаржирующее прежнюю личность, превращающее оригинала – в самодура, вспыльчивость – в безудержную гневливость, зоркость и внимательность – в настороженность, а недоверчивость – в подозрительность...

Сегодня человечество постепенно обретает всё более продолжительную жизнь, расплачиваясь за это, отчасти, и ростом удельного веса той патологии, которая привычно ассоциируется с прожитыми годами: онкологической, сосудистой, а также сенильными изменениями интеллектуально-мнестических возможностей личности, вплоть до деменции.

Прихотливая генетика смикшировала для отца и сына Репиных странные коктейли, используя для них одни и те же ингредиенты, но в разных пропорциях. В результате получились судьбы, бесконечно отражающие друг друга в очень кривых зеркалах. Если у отца взаимоотношения живописного дарования и психопатологии сложились в пользу огромного таланта, тогда как безумие, существуя подспудно, подлётно, почти неощутимо в течение долгого времени оставалось на уровне оригинальности, эксцентричности, экспансивности и пр.; то в судьбе сына сформировалась обратная пропорция этих составляющих. Юрий Репин стал довольно-таки обыкновенным художником, при том что его безумие выплеснулось далеко за рамки чудакости натуры. Генетическая рулетка, в которую волей Судьбы вынуждено было сыграть семейство Репиных, завершилась общим проигрышем. Туз отца обернулся пиковой дамой для сына, ставшей трагедией отца. Эти зеркала занавесили чёрным: сначала – одно, потом – другое...

Игорь ЯКУШЕВ,
доцент Института
ментальной медицины.

Северный государственный
медицинский университет.

Архангельск.

НА СНИМКЕ: И.Репин «Автопортрет».