

Медицинская

11 февраля 2015 г.
среда
№ 9 (7531)

Газета®

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

События

Прощай, мучитель-сколиоз!

Сложные его формы начали оперировать омские хирурги



В отделении вертебрологии Клинического медико-хирургического центра Минздрава Омской области впервые проведена высокотехнологичная операция на позвоночнике по коррекции прогрессирующего сколиоза III степени.

Как известно, сколиоз, деформируя позвоночник, нередко делает людей калеками. Помочь пациентам с таким диагнозом может порой только оперативное вмешательство, но раньше омские хирурги применяли его только при лечении детей до подросткового возраста, отправляя всех, кто старше, в федеральные медцентры.

Число квот, однако, ограничено, люди мучились, ожидая своей очереди, и в коллективе отделения вертебрологии решили, что дальше так продолжаться не может. Негоже

Операция на позвоночнике завершилась успешно

перекладывать ответственность на столичных коллег, когда, как говорится, и сами не лыком шиты. Хирургов поддержал главный врач Клинического медико-хирургического центра Вадим Бережной. С техническим обеспечением проблем не было, клиника оснащена современным оборудованием, приобрели лишь титановые крепежи для фиксации позвонков. А вот подготовка к операции потребовала времени.

Готовилась к операции и Екатерина – 17-летняя девушка. Она и боялась предстоящего испытания, и упала на него, потому что жить, постоянно испытывая мучительную боль, да ещё наблюдая, как деформируется твоё тело, становилось всё невыносимее. Уверенность медиков, что всё будет хорошо,

вселила в неё надежду на избавление от сколиоза.

Операция длилась 5 часов. Хирурги-ортопеды справились с задачей блестяще. Позвоночник был восстановлен без повреждения нервных окончаний.

Сейчас прооперированная девушка проходит курс реабилитации, причём уже в домашних условиях, и через несколько месяцев снимет необходимый пока корсет. А в отделении вертебрологии Клинического медико-хирургического центра готовятся к другим аналогичным операциям. В 2015 г. их будет проведено не меньше 10.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

Тенденции

Чтобы врачи лечили и учили

«В больнице имени Сперанского созданы лучшие отделения не только в стране, но и среди ведущих европейских клиник. В частности, реанимационное детское отделение для инфекционных больных, первоклассный ожоговый центр. В городе такие операции и такой уровень оказания помощи 2-3 года назад были бы в принципе невозможны», – заявил мэр Москвы при посещении Детской городской клинической больницы № 9 им. Г.Н.Сперанского.

Данное отделение мощностью 14 коек, 9 из которых неонатальных, функционирует с октября 2012 г. Это структурное подразделение оснащено самой современной аппаратурой. Как правило, сюда поступают дети в угрожающем для жизни состоянии – с сепсисом, гастроэнтеритом и гастроэнтероколитом, почечной недостаточностью, кровотечением слизистых оболочек и др.

Что характерно, медицинскую помощь маленьким пациентам в отделении оказывают как штатные врачи, так и научные сотрудники московских медицинских университетов и научно-исследовательских институтов. «Наши специалисты проходили обучение за рубежом – и врачи, и медицинские сёстры. Это тоже позволило нам повысить качество оказания медицинской помощи», – отметила начмед стационара Ольга Кашенко.

В помощь докторам в кли-

нике имеются все виды инструментальной диагностики (КТ, МРТ, УЗИ, эндоскопия), а также клиническая лаборатория, которая позволяет в течение нескольких минут выявлять характер инфекционной патологии у пациента.

Здесь можно работать на очень высоком уровне, поскольку оборудование позволяет делать всё для оказания помощи немедленно: и лабораторные технологии, и инструментальные обследования, и медикаментозное обеспечение даёт возможность лечить быстро и качественно, отмечает руководство больницы.

За прошедший 2014 г. в отделении инфекционной реанимации и интенсивной терапии было пролечено 633 больных. Смертность составила 5% от общего числа поступивших пациентов, что является хорошим показателем для отделений реанимационного профиля.

(Окончание на стр. 3.)

СЕГОДНЯ В «МГ»

Как московские онкологи продвигают передовые технологии в регионы страны

Стр. 4

Надо ли вооружаться для своей защиты медикам «скорой»?

Стр. 7

Конспект врача. Общая переменная иммунная недостаточность

Стр. 8-9

Вакцинопрофилактика: что нового и какие перспективы?

Стр. 10

Новости

Интраокулярная линза для Алёши

Первую на Вологодчине факоспирацию катаракты с имплантацией эластичного хрусталика (интраокулярной линзы) глаза грудному ребёнку – мальчику 6 месяцев от роду – записали на свой счёт специалисты областной офтальмологической больницы.

За прошлый год здесь была выполнена 551 операция детям, в их числе 10 экстракций катаракты (врождённой, посттравматической или вследствие воспалительных заболеваний органа зрения) с установкой оптического компонента. При этом возраст юных пациентов варьировал от 1 года до

15 лет. И вот возрастная планка для больных снижена до полугода.

Врождённую катаракту у Алёши – так зовут уже выписанного домой кроху – выявили сразу после появления на свет. Однако назначать операцию раньше, чем через 6 месяцев, специалисты поостереглись, ведь глаз у ребёнка слишком мал. Нельзя было и отодвигать вмешательство, иначе зрение у ребёнка останется на всю жизнь низким. Как сообщил «Медицинской газете» главный врач Вологодской областной офтальмологической больницы кандидат медицинских наук Сергей Зеленцов, определить оптималь-

ный временной период для оказания данного хирургического пособия не составляет труда в отличие от расчёта оптической силы интраокулярной линзы, когда речь идёт об её имплантации на место естественного хрусталика в орган зрения младенца, ведь глаз 6-месячного ребёнка ещё будет продолжать расти. Впрочем, с этой задачей офтальмохирург высшей категории Наталья Меркурьева, которая и выполняла операцию, справилась на «отлично».

Владимир КЛЫШНИКОВ,
соб. корр. «МГ».

Вологда.



МЕДИЦИНСКАЯ ТЕХНИКА ОТ ЕДИНОГО ПРОИЗВОДИТЕЛЯ

**МЕТРОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА
ДИКСИОН**

Поверка и испытания
средств измерения (СИ) медицинского
назначения

+7(495) 780-07-99, 8-800-100-44-95
www.dixon.ru

Новости

Давление — под контроль

Весь февраль в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре пройдёт под девизом: «Держи артериальное давление под контролем!»

В дни месячника в медицинских организациях автономного округа состоится ряд мероприятий, направленных на профилактику артериальной гипертензии и пропаганду здорового образа жизни.

Сотрудники лечебно-профилактических учреждений проведут тематические лекции, беседы и анкетирование среди пациентов.

Запланированы и массовые акции, такие как «Измерь своё давление», «Узнай свой рост и массу тела», во время которых убедиться в состоянии своего здоровья и получить рекомендации специалистов смогут сотни жителей округа.

– Артериальная гипертензия – одно из самых распространённых заболеваний сердечно-сосудистой системы, ею страдает 20-30% взрослого населения, – отмечает исполняющий обязанности главного врача Центра медицинской профилактики Алексей Молостов. – Наследственность, окружающая среда, образ жизни, питание – все эти факторы оказывают негативное влияние на уровень артериального давления, повышая его в той или иной степени.

Если наследственность и окружающую среду каждый отдельный человек изменить не в состоянии, то образ жизни и питание – вполне. Поэтому наша задача в рамках месячника – в очередной раз обратить особое внимание югорчан на своё здоровье и здоровье близких.

Алёна ЖУКОВА.

Ханты-Мансийск.

Начали оперировать экстренно

Хирурги Михайловской центральной районной больницы Приморского края приступили к выполнению эндоскопических операций по экстренным показаниям. Ранее они занимались только плановой эндоскопической хирургией.

По словам Петра Смирнова, хирурга Михайловской ЦРБ, прежний набор оборудования позволял специалистам оперировать только при некоторых заболеваниях, например желчнокаменной болезни. С приобретением в конце прошлого года дополнительных инструментов (в частности, насадок на эндоскопическую стойку) врачи начали заниматься не только плановой, но и экстренной эндоскопической, существенно расширив рамки помощи пациентам. Теперь специалисты выполняют такие хирургические вмешательства и диагностику, как аппендэктомия, ушивание перфоративных язв, санация брюшной полости при перитонитах, ушивание ран кишечника, диагностические лапароскопии.

Отметим, что три хирурга больницы заранее прошли соответствующее обучение по эндоскопии в Москве, Санкт-Петербурге и Казани. Сейчас в ЛПУ планируют дополнительно докупить к стойке артроскоп и начать заниматься операциями на суставах.

Николай РУДКОВСКИЙ.

Приморский край.

К вам приедет ФАП

В Псковской области для улучшения доступности медицинских услуг планируется сформировать специализированные медицинские «автопоезда», которые позволят комплексно обследовать жителей удалённых деревень, сообщает пресс-служба администрации региона.

Предполагается, что в состав медицинского «поезда» будут войти мобильный медицинский комплекс, передвижные флюорограф и маммограф. Всего будет сформировано два специализированных состава для обслуживания жителей, проживающих в южных и северных районах области.

Также для повышения доступности медицинской помощи в прошлом году за счёт средств областного бюджета были приобретены 12 мобильных фельдшерско-акушерских пунктов. На эти цели было направлено порядка 50 млн руб.

Графики выезда передвижных ФАПов составлены и согласованы с жителями каждого муниципального образования.

Павел АЛЕКСЕЕВ.

Москва.

Страховка в суд привела

Суд Черняховска Калининградской области принял к производству гражданский иск о взыскании страхового возмещения в пользу гражданина К., которому потребовалось срочное лечение на территории Литовской Республики.

В обоснование своих требований истец указал, что в мае 2014 г. он заключил с ответчиком договор страхования, необходимый для выезда за границу. В июне 2014 г. при прохождении паспортного контроля на пограничном переходе в Литовской Республике он почувствовал резкое недомогание и был госпитализирован в больницу Вильнюса, где ему была проведена операция по экстренным показаниям. Стоимость медицинских услуг составила 145 тыс. руб. Сын истца и сотрудник больницы проинформировали страховую компанию о случившемся, направив необходимые документы и доказательства неотложности оказания срочной медицинской помощи по электронной почте.

Однако страховая компания отказалась возмещать понесённые расходы. Теперь, руководствуясь положениями Закона «О защите прав потребителей» и Правилами страхования граждан, выезжающих за рубеж, истец просит суд взыскать с ООО «ПромИнСтрах» страховое возмещение в размере 145 тыс. руб., а также компенсацию морального вреда в размере 30 тыс. руб.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.

Калининград.

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

Особый случай

Стала мамой с... маминой почкой!

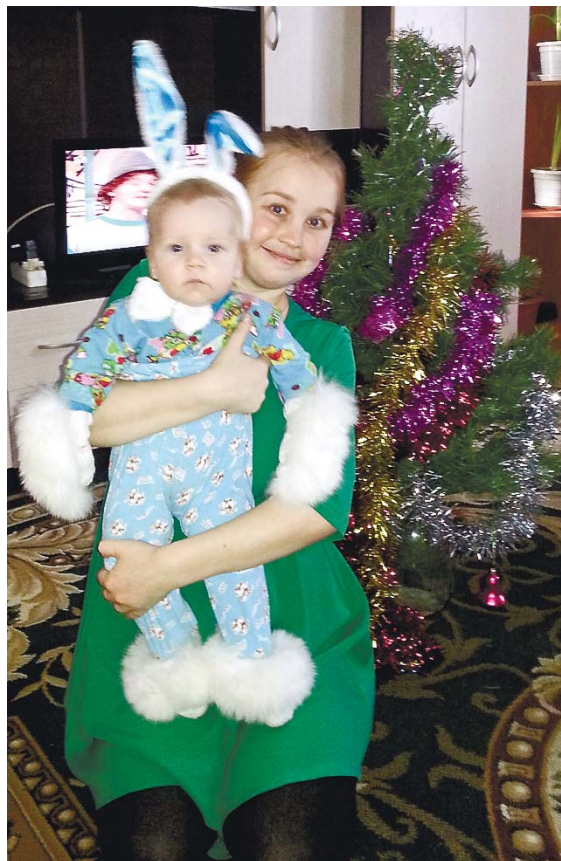
Благодаря докторам из Кузбасского центра трансплантации

Исполнилось полгода кузбасскому малышу, мама которого сумела выносить беременность, имея всего одну, пересаженную от донора почку. Это первый случай материнства с донорским органом за всю историю трансплантации органов в Кемеровской области. Примечательно, что донором для девушки, страдавшей от врождённой аномалии почек, стала её родная мать.

В 2010 г. в Кузбассе была проведена первая удачная трансплантация органа, взятого у донора-родственника. Пересаженная почка в организме дочери-реципиента пошла себя очень хорошо. И 4 года спустя молодая женщина сама решила стать мамой. Всю беременность Катя наблюдалась не



Осмотр проводит руководитель Кузбасского центра трансплантации органов Александр Сальмайер



Богдан никак не хочет распрощаться со своей первой новогодней ёлкой

только у акушеров-гинекологов, но и у трансплантологов тоже.

– Поскольку у нашей пациентки донорская почка работала стабильно, было принято решение в первом триместре беременности, в период закладки органов будущего ребёнка, уменьшить дозу иммуносупрессантов, – уточняет руководитель Кузбасского центра трансплантации органов Александр Сальмайер.

9 месяцев Катя, которая учится на специалиста по социальной работе в Сибирском государственном индустриальном университете (Новокузнецк), не просто посещала занятия, но

ещё и выполняла обязанности старосты группы. Её сын родился 23 июля весом 3680 г и длиной тела 54 см. Оценивая его состояние по 10-бальной шкале для новорождённых, педиатры выставили младенцу 8-9 баллов по шкале Апгар.

Катерина назвала сына Богданом – Богом данным. В настоящее время и ребёнок, и она сама чувствуют себя нормально, ухудшения в работе трансплантата не наблюдается. Катя готовится к экзаменам: в наступившем году она заканчивает вуз и должна получить диплом бакалавра.

Между прочим – в Кузбасском центре трансплантации в 2014 г. было пересажено рекордное за всю историю его деятельности количество донорских почек – 57. По этому показателю Кемеровская область занимает сегодня третье место в России, среди более чем четырёх десятков центров трансплантации. Параллельно здесь развивается пересадка других органов. В Кузбасском кардиоцентре выполнено уже 12 трансплантаций сердца. В Кузбасском областном гепатологическом центре – три пересадки печени.

Валентина АКИМОВА,
соб. корр. «МГ».

Кемеровская область.

Профилактика

План перевыполнили. Такое возможно?

Если другие регионы беспокоятся о том, что граждане пренебрегают возможностью бесплатно узнать правду о состоянии своего здоровья и не выстраиваются в очередь на диспансеризацию, то Бурятия в этом смысле может быть образцом сознательности населения.

По официальной информации республиканского Министерства здравоохранения, итоги диспансеризации взрослого населения за 2014 г. здесь отличные: план перевыполнен. Полный цикл обследований, осмотров и консультаций, запланированных в программе диспансеризации, прошли 158 921 человек, это 101,8% от изначально намеченного числа.

Да и качественные показатели

проекта в регионе весьма неплохие: 39% из числа тех, кто прошёл углублённые медосмотры, отнесены к первой группе здоровья. Это практически здоровые люди, а точнее, люди, у которых в ходе диспансеризации не были диагностированы хронические патологии.

Примерно такой же по численности оказалась и третья группа здоровья, куда включены нуждающиеся в специализированной медицинской помощи.

Но самой стратегически важной, конечно, считается вторая группа – те, у кого выявлен риск развития заболеваний, а это 21% участников диспансеризации. Как уточняют в Минздраве республики, среди факторов риска развития заболеваний лидируют нерациональное питание (26%), курение (22%), избыточная

масса тела (18%), низкая физическая активность (16,6%) и повышенное артериальное давление (13%), то есть факторы, на которые человек может повлиять усилием собственной воли.

Пациенты из последней категории попали в поле зрения участковых терапевтов, задача которых теперь – не допустить развития болезней у своих подопечных. Именно от усилий участковой службы теперь зависит, окажутся граждане из группы риска ко времени следующей диспансеризации: перейдут в первую группу – практически здоровых, или в третью – нуждающихся в сложном и дорогом лечении.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Улан-Удэ.

Деловые встречи

Общественность Чечни выступает против наркотиков

Наркомания продолжает оставаться проблемой проблем – не только российского здравоохранения, но и российского общества в целом. Так, по данным Федеральной службы по контролю за оборотом наркотиков официально в России 550 тыс. больных наркоманией, реально – порядка 1,5 млн; ежегодно 70 тыс. человек умирает от наркотиков.

На фоне такой страшной статистики обнадеживают успехи в борьбе с этим злом в Чеченской Республике. Так, если в 2013 г. там состоялось на учёте 2417 наркоманов, то в 2014 г. – 2288. Эти и другие аспекты нашли отражение в повестке ассамблеи «Молодёжь Чечни – за здоровый образ жизни», которая состоялась на днях в актовом зале Чеченского государственного университета. В работе форума приняли участие руководитель администрации главы и Правительства ЧР Магомед Даудов, председатель Духовного управления мусульман ЧР Салах Межидов, главный специалист психиатр-нарколог Минздрава России профессор Евгений Брюн и другие.

Отмечая значительные успехи медиков и общественности Чеченской Республики, Евге-

ний Брюн сказал, что Ассоциация наркологов России, члены Российской наркологической лиги решили наградить главу республики Героя России Рамзана Кадырова почётным кубком «Человек года в борьбе с наркотиками и алкоголизмом – 2014».

Также была отмечена и деятельность членов президиума и представителей исполнительной власти Чеченской Республики.

Рубен КАЗАРЯН,
соб. корр. «МГ».

Грозный.

Кстати

За спайсы накажут строго

Президент РФ Владимир Путин подписал Федеральный закон «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации».

Этот законодательный акт направлен на совершенствование законодательства страны в части, касающейся противодействия обороту новых потенциально опасных психоактивных веществ.

Законом устанавливается административная ответственность за потребление этих веществ и вовлечение несовершеннолетних в их употребление, а также уголовная ответственность за незаконный оборот новых потенциально опасных психоактивных веществ.

За незаконное производство, изготовление, переработку,

а также приобретение, хранение, перевозку, пересылку, ввоз и вывоз с территории России в целях сбыта, а равно незаконный сбыт новых потенциально опасных психоактивных веществ предусмотрен штраф в размере от 30 до 200 тыс. руб. Если указанные деяния привели к смерти человека, преступникам грозит срок до 8 лет лишения свободы. Потребление так называемых спайсов влечёт наложение административного штрафа либо арест на срок до 15 суток, вовлечение несовершеннолетних в употребление психоактивных веществ также карается штрафом.

Константин ЩЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

Сотрудничество

В планах — российско-корейский медицинский центр

Губернатор Хабаровского края Вячеслав Шпорт встретился с президентом многопрофильной южнокорейской клиники «Седжон» Пак Чин Сиком, который рассказал о планах по созданию в Хабаровске медицинского российско-корейского центра. Договорённость об этом была достигнута в прошлом году в ходе совместного экономического форума в Сеуле. Представители многопрофильной клиники «Седжон» прорабатывают окончательные нюансы проекта. Ведётся поиск места под строительство.

«Со своей стороны мы готовы оказать всестороннюю поддержку реализации этой идеи. На территории края сегодня успешно работают около 80 корейских предприятий. Внешнеторговый оборот края и Республики Корея в прошлом году составил 312 млн долл. Реализация подобных проектов, безусловно, укрепит связи между нашими странами», – подчеркнул губернатор Хабаров-

ского края Вячеслав Шпорт.

Медицинский центр должен начать работу в 2016 г. Планируется, что в новом здании разместятся реабилитационное, диагностическое и сердечно-сосудистое отделения. В перспективе спектр оказываемой медицинской помощи будет расширен. Основной акцент корейские специалисты намерены сделать на кардиологии.

«Появление в регионе российско-корейского медицинского центра создаст более благоприятные условия для пациентов и в целом скажется на развитии отрасли. Сегодня по уровню успешности кардиологических операций наша клиника занимает первое место в Республике Корея и одно из ведущих среди клиник Европы. Ежегодно у нас проходят лечение тысячи иностранных пациентов, в том числе – из России», – рассказал руководитель многопрофильной корейской клиники «Седжон» Пак Чин Сик.

Николай ИГНАТОВ.
МИА Сити!

Хабаровск.

Тенденции

Чтобы врачи лечили и учили

(Окончание. Начало на стр. 1.)

Примечательно, что в самом начале 2015 г. на базе больницы совместно с Первым Московским государственным медицинским университетом им. И.М.Сеченова был организован пилотный проект «Университетская клиника педиатрии и детских инфекционных болезней», в рамках которого как городские врачи, так и научно-педагогический коллектив университета могут принимать совместное полноценное участие в лечении пациентов, а также обмениваться опытом и совершенствовать качество оказываемой медицинской помощи, что, вне всякого сомнения, оптимизирует и рационализирует лечебный процесс.

«Профессора должны не только читать лекции, но и оказывать не-

посредственные услуги пациентам, принимать участие в лечении, а доктора-практики должны, соответственно, преподавать в университете, и таким образом теория и практика будут идти вместе», – пояснил С.Собянин.

В рамках «Университетской клиники» организовано проведение мультидисциплинарных консилиумов с участием ведущих специалистов университетов и медицинских организаций с целью выработать тактику лечения наиболее сложных и тяжёлых больных.

«Мы открыли приём ведущих профессоров «Сеченовки» по направлениям амбулаторных центров, для того чтобы любой москвич мог проконсультировать своего ребёнка в максимально короткие сроки у одного из веду-

щих специалистов», – подчеркнул главный врач больницы Анатолий Корсунский.

При этом необходимо отметить, что ряд сотрудников Первого Меда были приняты в штат больницы в качестве консультантов, а имеющие большой опыт практической работы врачи больницы зачислены в штат университета в качестве ассистентов, что позволит им вести педагогическую деятельность.

«Я надеюсь, что это будет не экспериментом, а стандартной практикой наших клиник и городских университетов», – резюмировал С.Собянин.

Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ,
обозреватель «МГ».

Москва.

Дословно

Без работы никто не останется

В Департаменте здравоохранения Москвы уверены, что из 4 тыс. терапевтов и педиатров, сокращённых с работы в связи с проводимой реформой столичного сегмента отрасли, большинство найдут себе новую работу по основной клинической специализации в 2015 г.

«Речь идёт о тех специалистах, которые были направлены Департаментом здравоохранения на переподготовку и проходят её в настоящее время. Трудоустройство для всех этих специалистов гарантировано, причём с учётом их места жительства и пожеланий», – заявили в ведомстве.

Процесс переподготовки и повышения профессиональной квалификации столичных докторов проводится на базах всех московских медицинских вузов – Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, Российского на-

ционального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова, Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова, а также в Российской медицинской академии последипломного образования. Обучение занимает более 500 часов (4-5 месяцев), а повышение квалификации – от 140 до 500 часов. Учебный процесс проходит как теоретически, так и практически: ведущие отечественные эксперты в той или иной области клинической медицины читают слушателям лекции по различным нозологиям с учётом самых современных принципов диагностики и лечения пациентов, после чего обучающиеся смогут закрепить полученные знания непосредственно у постели больного.

Ян РИЦКИЙ.
МИА Сити!

Москва.

Ну и ну!

Отраву заказывают в Интернете



Наркозависимых на Юге России не становится меньше. На коллегии регионального управления ФСКН России по Астраханской области были приведены такие факты незаконного оборота наркотиков: в регионе возбуждено 1373 уголовных дела в отношении 509 граждан, расследовано 19 преступлений, совершённых в составе организованных преступных групп. В результате уничтожено 32 наркопритона, из незаконного оборота изъято около 323 кг наркотических средств, психотропных и сильнодействующих веществ.

Кроме того, было отмечено активное использование членами организованных преступных группировок сети Интернет для распространения и доставки синтетических наркотиков. Всего возбуждено более 550 уголовных дел в отношении лиц, причастных к их перевозке и сбыту. В прошлом году значительно возросло количество изъятых синтетических наркотиков – около 130 кг.

Так, в марте прошлого года пресечён крупный канал поставки наркотических средств синтетического происхождения из Китая с использованием почтовых отправок. Из незаконного оборота изъято около 5 кг наркотического средства ТМСР-018 (сильнодействующая курительная смесь). Также пресечена деятельность лиц, организовавших канал поставки на территорию

Астраханской области наркотических средств синтетического происхождения из Москвы посредством компаний, оказывающих услуги по транспортировке грузов и почтовых отправок. В ходе проведения оперативно-розыскных мероприятий было обнаружено и изъято свыше 109 кг ТМСР-018. В октябре 2014 г. была пресечена деятельность ОПГ, в которую входили жители Башкирии, организовавшие сбыт синтетических наркотиков на территории Астрахани с использованием интернет-ресурсов. В результате шесть участников организованной преступной группировки были задержаны. Изъято более 11 кг наркотиков. Обнаружено 120 «закладок» – тайников.

Леонид ТРУБЕЦКОЙ.
МИА Сити!

Главный онколог Минздрава России, руководитель Российского онкологического научного центра им. Н.Н.Блохина, академик РАН Михаил Давыдов выстраивает новую систему взаимодействия с регионами в борьбе со злокачественными новообразованиями.

Ранее широко практиковались лекции, выезд на учёбу специалистов из регионов на рабочие места в РОНЦ. Но Михаил Иванович решил внедрить совершенно другой подход – проведение мастер-классов. Суть их в том, что бригада ведущих специалистов онкологического центра приезжает в регион и проводит показательные операции. Они сопровождаются лекциями, обсуждениями, открытыми дискуссиями. В результате возникает более полное взаимопонимание между онкологами из региона и РОНЦ, что позволяет в дальнейшем тесно сотрудничать, открывает возможности для продолжения обучения в ординатуре, аспирантуре и последующих контактов.

Принцип: делай, как я

В этот эксперимент вступили уже несколько регионов. Теперь планируется его расширение.

– Сегодня одной из серьёзных задач крупных федеральных клиник является донесение новых разработок до лечебных учреждений, которые повседневно решают проблемы здравоохранения на местах, – говорит М.Давыдов. – Существует несколько видов такой деятельности. Одна из них, когда регионы сами присылают специалистов в Москву. Но финансовые возможности территорий ограничены. Вторая модель – проведение мастер-классов силами специалистов ведущих клиник. Это делается для того, чтобы как можно больше врачей на местах могли посмотреть, поучаствовать в показательных мероприятиях. И естественно, их эффективность возрастает в разы. Кроме того, врачи видят, как выполняются сложнейшие операции, что делает их последующую работу более успешной. В этом ряду показателем пример Тамбова. Нашему приезду предшествовала встреча с губернатором, который поддержал и одобрил эту идею, возникло полное понимание.

10 специалистов онкологического центра, выехав в Тамбов, оперировали одновременно на двух базах – в Тамбовском областном онкологическом центре и областной больнице. В областной больнице академик РАН Михаил Давыдов провёл 3 операции, его коллеги в это время оперировали в областном диспансере. Таким образом, фактически за полтора дня состоялось 14 показательных вмешательств. Режим, конечно, был напряжённый. Но это было чрезвычайно полезно для тамбовских онкологов.

– Мы приехали в 7:00 и сразу пошли в операционную, – вспоминает Михаил Давыдов. – Я выполнял вмешательство при опухоли верхней трети желудка с поражением пищевода, сложную, деликатную операцию. Вторая – большая панкреатодуоденальная резекция при раке поджелудочной железы. И третья на лёгком – удаление правого лёгкого по поводу рака. Насколько мне известно, сейчас пациенты поправляются и готовятся к выписке. Мы постоянно созваниваемся с тамбовскими коллегами и в курсе, как идёт процесс реабилитации.

В центре внимания

Добро пожаловать на мастер-классы!

Передовые онкологические технологии становятся доступными в региональных онкологических клиниках страны

Потому что мы прооперировали и уехали, а основной труд по выхаживанию лёг на них. Кстати, они произвели на нас самое благоприятное впечатление. Прежде всего, своим профессионализмом – с ними приятно работать, делиться опытом. Клиническая оснащённость тоже на уровне. А оценка их усилиям может быть одна – высший класс специализированной помощи в области.

В активе Российского онкологического центра мастер-классы в онкологических диспансерах Кировской области, Калужской (туда специалисты выезжали трижды), Хабаровского края, Республики Татарстан. С точки зрения главного онколога Минздрава России такая модель обучения является самой быстрой и эффективной. А главное, реализуется принцип: делай, как я. К сожалению, пока РОНЦ не может охватить все регионы страны, не хватает времени. К тому же не везде готовы внедрять новые технологии, недостаточна ещё материально-техническая база. Вот в Тамбове оснастились неплохо, клиника производит хорошее впечатление, специалисты серьёзно настроены осваивать новые технологии.

Сотрудничество между РОНЦ и администрацией Тамбовской области продолжится. В сотрудни-

честве с московскими онкологами заинтересованы губернатор Олег Бетин, главный врач областной больницы Александр Лутцев, главный врач областного онкологического диспансера Владимир Милованов, министр областного здравоохранения Марина Лапочкина. И то, что было реализовано, это только первая часть.

– Предполагаю, что во втором «десанте» наших онкологов в Тамбов, который запланирован на февраль – март, будут участвовать специалисты других направлений,

их на учёбу регион. Это важный элемент сотрудничества. Врачи, проучившиеся и получившие учёную степень в РОНЦ, будут внедрять и поддерживать у себя дома самые прогрессивные технологии.

Не могли корреспонденты «МГ» не поинтересоваться, как оценивает главный онколог Минздрава России выполнение Федеральной онкологической программы, которая завершилась в 2014 г.

– В общем она решила те задачи, которые были поставлены, – считает М.Давыдов. – Но упор в

Доступность и ещё раз доступность

Вернёмся к мнению академика Давыдова.

26 стран мира признали, что онкология вышла на первое место по причине смертности. Перспектива сегодня – улучшение ранней диагностики, что возможно при организации госпрограмм скрининга. Это не диспансеризация. Скрининговая программа – поиск определённых видов опухолей в разных возрастных группах различными методами.



Михаил Давыдов

– пояснил М.Давыдов. – Но необходимо ещё подобрать и подготовить больных, которые нуждаются в сложных вмешательствах, и специалистов, которые смогут участвовать в мастер-классах. Напомню, что на этот раз были проктологи, урологи, торакоабдоминальные специалисты. В следующей поездке, скорее всего, примут участие гинекологи, нейроонкологи, специалисты по лечению онкологических больных с поражением головы и шеи. Программа рассчитана на целый год. В неё включено посещение клиник онкологического центра, а также принятие молодых врачей в ординатуру и аспирантуру в РОНЦ. Конечно, ставится условие, чтобы в последующем специалисты обязательно вернулись в пославший

ней был сделан на сокращение смертности. А по сути, был создан первый этап новой материально-технической базы в лечебных учреждениях. В программе участвовало 74 региона. В Тамбовской области, по словам Михаила Ивановича, она реализована особо успешно. Другое дело, что она не могла повлиять на смертность. Поскольку нужно ещё подготовить кадры, внедрить технологии, которые стали бы более доступны благодаря наличию современной аппаратуры. Бесспорно, следует заниматься активно ранним выявлением онкологических заболеваний и их профилактикой.

Конечно, онкологам хотелось бы видеть продолжение этой программы, но несколько в модернизированном варианте. Параллельно с переоснащением нужно готовить специалистов, учить их максимально эффективно использовать новое оборудование.

Владимир Милованов, главный врач Тамбовского областного онкологического диспансера:

– В феврале мы планируем отправить наших врачей в онкологический центр. В марте ждём у себя очередную группу специалистов из Москвы. В мае – июне дадут мастер-класс специалисты лучевой диагностики центра.

Конечно, всё это требует финансирования, если ставить задачу изменить положение дел. Половина онкобольных, по статистике, и сегодня выздоравливают, если удаётся выявить заболевание в начальной форме.

– Я всегда говорил, неважно, где человек живёт – в Москве, Тамбове или Хабаровске, – говорит М.Давыдов, – он должен иметь право на получение качественной медицинской помощи. К сожалению, приходится констатировать, что уровень оказания онкологической помощи в России разный. В отдельных регионах онкологи хорошо владеют технологиями. Один и тот же случай в одной клинике может быть безнадёжным, а в другой – рутинным. Есть просто «печальные» регионы. Ведь помощь может быть доступной, но не квалифицированной. Можно на ранней стадии попасть в клинику, а профессионалов нет. Это комплексная проблема, когда ведущую роль играют ранняя диагностика и профессионализм специалистов. Обучение их пока хромает на обе ноги. Поэтому мы пытаемся донести разработки уровня федерального центра до специалистов областных клиник.

РОНЦ им. Н.Н.Блохина давно стал площадкой, где отрабатываются все виды взаимодействия с коллегами по оказанию специализированной медицинской помощи, лечению злокачественных опухолей в регионах нашей страны.

Алексей ПАПЫРИН, спец. корр. «МГ».

Москва – Тамбов.

Фото Александра ХУДАСОВА.

Профилактика

В наступившем году сотрудники окружного центра медицинской профилактики из Салехарда продолжают традицию проведения выездных профилактических обследований, на треть увеличив их численность. Специалисты осматривают и проконсультируют жителей посёлков, работников предприятий и организаций Надымского района и юго-восточной части автономного округа.

Все желающие смогут бесплатно проверить состояние своего организма. В программу входит исследование функций внешнего дыхания с определением возраста лёгких, экспресс-анализ состояния сердца, оценка уровня глюкозы и холестерина в крови, определение насыщенности кислородом организма, оценка состава тела,

Чтобы на Ямале гордились здоровьем

Здесь на треть увеличат количество выездных обследований

психологическое тестирование.

Для работы на выезде врачи используют новое современное оборудование, приобретённое на средства окружного бюджета. Это биоимпедансметр, кардиовизор, пульсоксиметр, биохимический анализатор крови. Одно обследование занимает не больше 20-25 минут и завершается проведением индивидуального профилактического консультирования терапевтом.

В ходе выездов запланирована большая просветительская работа: уроки в школе здоровья, лекции,

беседы. Врачи расскажут о сердечно-сосудистых заболеваниях, их причинах и способах профилактики. Также населению будет представлен актуальный материал по формированию здорового образа жизни – принципам правильного питания, оптимальной двигательной активности, необходимости отказа от курения и другим важным вопросам.

«Выездное обследование – отличная возможность не только получить консультацию врача, но и проверить своё здоровье, не выезжая за пределы места жи-

тельства, – отмечает главный врач центра доктор медицинских наук Сергей Токарев. – Проведение подобных выездных обследований не просто традиция, мы делаем всё возможное, чтобы люди не болели, даже гордились своим здоровьем, активно пропагандируем здоровый образ жизни. В этом и заключается основная миссия нашей медицинской организации».

В прошлом году центр медицинской профилактики организовал 9 выездов, обследовав около 700 человек. В нынешнем году плани-

руется обследовать более тысячи ямальцев. Выездная работа в этом году будет проводиться на более высоком уровне благодаря мобильному центру здоровья на базе специализированного автобуса, который планирует приобрести Департамент здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа.

Ольга ШУЛЯК, пресс-секретарь Департамента здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа.

Салехард.

В рамках года литературы – 2015, объявленного Правительством РФ, в литературной гостиной Дома профсоюзов в Ростове-на-Дону состоялось первое мероприятие. А посвящено оно было 155-летию со дня рождения А.П.Чехова. На нём 40 лучшим врачам Дона, большинство из которых совмещают врачебную деятельность с литературной, вручили медаль в память о докторе Чехове. Здесь собрались врачи-терапевты из Семикаракорского, Белокалитвинского, Целинского, Миллеровского районов, Ростова-на-Дону, Таганрога и Батайска. Все они – хирурги, урологи, фельдшеры – знают цену исцеляющему слову.

Инициатором встречи стал председатель Ростовской областной организации Профсоюза работников здравоохранения РФ Олег Борцов. Его идея исходила из того, что в бесконечных напряжённых буднях медикам не просто выбрать время для чтения произведений классика. А в оформленной литературной гостиной, где звучала музыка Чайковского, многое располагало к восприятию того, каким был их именитый земляк – Антон Павлович. Вот некоторые штрихи к его портрету. Вспоминаются прекрасные актёрские способности. Он постоянно кого-то изображал: важного чиновника, старого профессора, городничего, зубного врача...

Тенденции

На Дону чтут Чехова

В арсенале средств ростовских врачей – исцеляющее слово



О.Борцов (справа) вручил памятную медаль главному врачу психоневрологического диспансера, члену Союза журналистов России С.Выгонскому

Чехов окончил медицинский факультет Московского университета, стал доктором. Но тяга к литературе всегда оставалась

с ним, и сегодня мы имеем возможность читать и перечитывать его великие произведения. И музыка, что звучала в зале,

имела общие эмоциональные истоки с поэзией его текстов. Мы тоже воспользуемся крылатым выражением и скажем: если у Чайковского музыка говорит, то у Чехова слово поёт.

Кем же он был в первую очередь – врачом или писателем? По признанию многих, эти две ипостаси дополняли и насыщали друг друга.

– Связь между двумя профессиями – медициной и литературой, главная цель которых понять и исцелить тело и душу человека, многогранна, – сказала, получая памятную медаль министр здравоохранения Ростовской области Татьяна Быковская. – Поэтому так много среди литераторов врачей, а среди врачей – отдающих свое свободное время магии слова. Антон Павлович – самый известный среди них. Наш великий земляк был не только классиком отечественной словесности, но и профессиональным и нравственным образцом земского врача.

Сегодня в сфере здравоохранения Дона работают, наверное, лучшие люди, – честные, скромные, ответственные, обладающие превосходными человеческими качествами, как их земляк Антон Павлович Чехов. Среди награждённых памятной медалью, кстати, учреждённой тоже областной организацией профсоюза, – профессор кафедры внутренних болезней РостГМУ М.Батюшин, уролог областной клинической больницы № 2 Г.Багдыков, главный врач ЦРБ Целинского района В.Корольков и другие. Для них на вечере прозвучали в исполнении студентки Ростовского медицинского колледжа Маргариты Киряковой романсы «Актриса» и «Пусть вам повезёт в любви». А все вместе – гости и награждённые спели одну из любимых песен «Как здорово, что все мы здесь сегодня собрались».

Галина ПАПЫРИНА,
спец. корр. «МГ».

Ростов-на-Дону.

Рядом с нами

Талантливый человек талантлив во всём. В этом убедаешься сразу, переступив порог городской детской больницы им. Филиппского в Ставрополе. Только талантливые люди могли превратить медучреждение в сияющий красками мир детства – здорового, а значит, счастливого.

Здесь, как в той «родной избе» и стены помогают: на стенах в коридорах – фотоработы, в палатах – картины маслом. Главный врач Вячеслав Кашников «по секрету» рассказал, что все дизайнерские задумки, включая картины и фотоработы, – творческие плоды коллектива медиков. Более того, когда в соответствии с планом модернизации больницы реконструировалась, врачи не отходили от строителей и вносили поправки в проект – «здесь будет перегородка, а здесь то-то» и т.д. Помимо того, что больница изменилась чисто внешне, программа модернизации помогла решить одну из застарелых проблем Ставрополя – отсутствие специализированного детского лор-отделения. «Конечно, как таковое лор-отделение было, но в течение 30 лет существовало в рамках больницы для взрослых, что не отвечало элементарным нормам, ведь ребёнка должен лечить врач, знающий особенности детского организма», – рассказывает В.Кашников. – До модернизации наша больница была, по сути, соматическим лечебным учреждением, где в рамках терапевтического отделения оказывали помощь больным с бронхолегочными, почечными, эндокринологическими и другими патологиями. Теперь же, кроме лор появилось ещё два отделения – хирургии и травматологии с круглосуточным травмпунктом. Последние 2 года работы показали, насколько правильной и своевременной была программа модернизации: дети стали получать более квалифицированную помощь, когда к ребёнку подходит только детский врач».

При том, что, как говорит В.Каш-

Если болеть, то в этой больнице...

Так считают родители маленьких пациентов в Ставрополе...

ников, «стены не резиновые», изменилась и наполняемость: вместо прежних 182 коек теперь 230. В свою очередь, это потянуло за собой и кадровую проблему, характерную для всего российского здравоохранения. Здесь нашли выход, не сказать, чтобы новый, но весьма эффективный – работают «за себя и за того парня». Сам В.Кашников помимо функций главного врача выполняет работу врача-эндоскописта. Когда к беседе подключилась заместитель главного врача по медицинской части С.Егорова, оказалось, что и она тоже «многогостаночница»: хирург Светлана Егорова только что вышла из операционной, где оперировала 5-летнего пациента по поводу паховой грыжи.

Вообще, в «медицинской» части биографии главного врача и его зама совпадают настолько, что диву даёшься. Оба начинали с самых «низов»: он – санитаром, она – санитаркой; в настоящее время оба «остепенились»: он – доктор медицинских наук, она – кандидат медицинских наук; оба – отличники здравоохранения РФ... Что же касается кадровой проблемы в целом, то к будущим коллегам присматриваются на уровне интернатуры, когда они уже определяются со специализацией. Так было сформировано почти всё отделение педиатрии и приёмное отделение. По-своему возлагают надежды и на программу целевого поступления, которую сейчас запускает Министерство здравоохранения Ставропольского края с местным

медицинским университетом.

Что же касается творческой составляющей коллектива больницы, то и здесь наметились определённые тенденции. Фотоработы, о которых говорилось выше, выполняются, главным врачом Вячеславом Кашниковым, а картины написаны доцентом кафедры оториноларингологии с курсом последипломного образования Надеждой Ягода. При том что в медицине Надежда Лазаревна уже 44 года, талант художника в ней проснулся относительно недавно, и за последние 8 лет она написала 250 картин, значительную часть которых подарила больнице: в каждой из палат находится по картине. В основном это пейзажи и натюрморты. «Когда больные узнают, что картины написал врач, который их оперировал, они приходят в восторг», – рассказывает Надежда Лазаревна.

Примечательная деталь – на пленэр она выходит прямо в больничный двор, и все пейзажи навеяны мотивами этого запо-



Оториноларинголог Надежда Ягода радуется маленьким пациентам не только качественным лечением, но и прекрасными картинами

ведного уголка. Дело в том, что во времена оные здесь располагалась партшкола. Как известно, идеологи наших праздников и буден умели обустроить свой быт, за что нынешние пациенты детской больницы говорят им большое спасибо. Кашников «со товарищи» превратили захлащенное от многих лет безвременья место в райский уголок: терренкур, озеро с уточками, сосны с белочками. Вот где было развернуться творческой жилке: когда спилили старое дерево, «прилепили» к этой рогаatine избушку Бабы-Яги.

Пациентам настолько понравилась эта избушка, что они всё время интересовались: «А где Баба-Яга?» «Пришлось посадить туда большую куклу», – смеясь, рассказывает В.Кашников.

Когда мы покидали территорию больничного парка, поневоле обратил внимание на маленькую девочку, которая кормила с рук белку – они здесь почти ручные...

Наверное, рассказ об этой удивительной больнице был бы неполным без мнения самых главных людей, во имя которых она и существует, – пациентов. В одну из палат мы зашли вместе с заведующим детским лор-отделением Е.Косторновым. Евгений Анатольевич проводил обход, а мы познакомились с обитателями больничной палаты. Софья Литовченко, педагог, не скрывала своих эмоций: «Мы здесь с сыном Данилой, ему недавно оперировали аденоиды. Сейчас врач посмотрел и сказал, что всё хорошо, скоро будет нас выписывать. Условия здесь настолько хорошие, что я была приятно удивлена, продумано всё до мелочей. Например, меню составлено с учётом профиля заболевания, родители находятся с детьми – это очень удобно, прекрасный парк, где можно отдохнуть хоть весь день. Вообще, конечно, лучше не болеть. Но здесь созданы все условия для выздоровления».

Рубен КАЗАРЯН,
соб. корр. «МГ».

Ставрополь.

Минул век, как в дачном районе Полюстрово, свободном тогда ещё от заводских труб, открылась узловая больница на станции Петроград, ныне – дорожная клиническая больница ОАО «РЖД».

Снова объект притяжения

Закладка для нужд железнодорожных служащих Северо-Западного узла и их семей зданий «скорбного» городка, спроектированных в стиле русского неоклассицизма архитектором Г.Рудзским (главный корпус на 120 хирургических и терапевтических коек, три инфекционных барака, на площадях которых впоследствии впервые в России внедрился метод групповой и одиночной изоляции больных по системе боксов Мельцера, а также дом главного врача, пищеблок, прачечная, погреб, часовня-покойническая) состоялась в сентябре 1913 г. На статусность события указывало участие в нём городской знати, сановных персон, в том числе товарища министра путей сообщения, известных учёных в области железнодорожного транспорта, инженеров-конструкторов паровозов и вагонов.

По прошествии столетия больница вновь оказалась объектом притяжения внимания «государственных» людей и трибунной площадкой для далеко не праздных речей о роли и месте железнодорожной медицины как в отраслевом технологическом процессе, так и в национальной системе здравоохранения. Ведь мероприятия по случаю векового юбилея флагманской клиники Октябрьской магистрали посчитали нужным посетить президент компании «Российские железные дороги» Владимир Якунин с вице-президентом по здравоохранению Олегом Атьковым и другими своими заместителями, начальник ОЖД Олег Валинский, первый вице-губернатор Санкт-Петербурга Александр Говорунов, председатель городского Комитета по здравоохранению Валерий Колабутинов...

Торжества приурочили к проведению медицинского совета Департамента здравоохранения ОАО «РЖД» в городе на Неве, куда для участия съехались порядка 120 посланцев всех российских железных дорог – начальники региональных дирекций медицинского обеспечения, директора, главные врачи, кардиологи ведущих ЛПУ. Кроме того, научно-практическая конференция «Проблемы сердечно-сосудистой патологии работников ОАО «РЖД». Диагностика, лечение, профилактика», состоявшаяся в рамках медсовета, транслировалась в режиме реального времени из знаменитого Цандеровского зала, реконструированного аккуратно к юбилею главного исторического здания больницы, на всю сеть негосударственных учреждений здравоохранения компании, вплоть до Владивостока. Так что эти два обстоятельства многократно добавили «резонансной мощи» деловой части праздника.

Открытию обновлённого исторического корпуса предшествовала ритуальная церемония разрезания красной ленточки на входе, ключевая роль в которой была поручена главе ОАО «РЖД». Владимир Якунин обошёл внутренние помещения здания, включая операционный блок на втором этаже. Заглянув в музейную комнату, он оставил собственноручную запись в журнале почётных гостей. Исторический уголок с бесценными документами и другими предметными артефактами, возникший в советское время, но в период слома идеологической парадигмы обветшавший, а потом и ликвидированный, возродился как Феникс из пепла стараниями, прежде всего, директора больницы, лауреата

Память

Николай Ващенко возвратился в «сияющем камне»

К 100-летию дорожной клинической больницы благодарные потомки установили бюст её основателя



Представители молодой поросли медиков с пиететом вглядываются в черты «патриаршего» лица основателя больницы

премии Правительства РФ в области науки и техники, профессора Николая Ефимова.

В экспозиции размещены сведения о первом главном враче – действительном статском советнике Николае Константиновиче Ващенко, лаконичная информация сопровождается архивными фотографиями с его изображением в кругу единомышленников – докторов и сестёр милосердия. По этим, а также другим коллективным портретам и создавал образ известного на железных дорогах Российской империи в конце XIX – начале XX веков организатора здравоохранения петербургский скульптур Виктор Шувалов.

Расчехлённый бюст основателя, первого главного врача, вырубленный в «сияющем камне», как ещё называют мрамор, и установленный на постаменте в больничном дворе, явился глазам многочисленных гостей и сотрудников ДКБ в тот же радостный день возвращения «дорожке» её исторического здания после завершённого капитального ремонта.

Что о нём известно?

Дворянин, выпускник Медицинско-хирургической академии в Санкт-Петербурге, Николай Ва-

щенко 40 лет посвятил служению железнодорожной медицине и при этом, согласно записи в его личном деле, «поставил врачебно-санитарную службу в образцовые условия как в отношении врачебном, так и санитарном». Занимая ответственные посты в управлении железных дорог – Московско-Киевско-Воронежской, затем Санкт-Петербургско-Варшавской и впоследствии, до назначения на должность главного врача узловой больницы на станции Петроград, Северо-Западных – заслужил репутацию труженика и созидателя, никогда не искавшего лёгких путей. Под его опекой были выстроены в разное время больницы на станциях Псков (ныне – отделенческая поликлиника), сооружены и оборудованы приёмные покои на станциях Волосово, Верхболово, Пыталово, Гатчина-Варшавская, Юрьево и др. До сих пор следы плодотворной деятельности действительного статского советника можно обнаружить в Белоруссии, Литве, Латвии, Эстонии.

Врач-управленец стальных магистралей со знанием дела занимался подвижными медицинскими средствами, торя малоизвестную дорогу. С его подачи были возведены две дезинфекционные камеры на колёсных парах, два

вагона-«изоляционные квартиры». За инициативу по устройству последних неутомимый организатор удостоился в 1913 г. почётного диплома Всероссийской гигиенической выставки. Наконец, он немало преуспел на общественной ниве, будучи назначенным заместителем председателя Главного комитета по делам Инвалидного дома для железнодорожных служащих и рабочих имени императора Александра II...

И всё-таки из целой вереницы заслуг Николая Ващенко выделяется профессиональный подвиг совершенно особого свойства. Именно он, находясь на должности старшего врача Северо-Западных железных дорог, убедительно обосновал необходимость устройства в Санкт-Петербурге узловой больницы. Он, а никто иной, блестяще справился с порученной сложной задачей по строительству с «нуля» городка из лечебных и хозяйственных зданий. Наконец, именно он в 1914 г. добровольно взял на себя бремя руководства новым лечебным учреждением, которое вводилось в бедственное время для страны, только что вступившей в войну.

Впервые предложение о необходимости сооружения больницы для служащих Северо-Западного узла прозвучало на I Советательном съезде железнодорожных врачей русских железных дорог в 1898 г. Со ссылкой на трудности материального порядка положительное решение отодвинули на неопределённый срок. В 1910 г. Николай Ващенко, в чьём ведении находился весь «медицинский цех» Северо-Западных магистралей, вернулся к вопросу о возведении новой больницы в письме к министру путей сообщения С.Рухлову, на которую высший железнодорожный чиновник и наложил резолюцию: «Постройка больницы совершенно неотложна...» Действительно, ещё к началу XX века только в Санкт-Петербурге насчитывалось 18 тыс. железнодорожников, не считая членов их семей. Заболевших определяли для размещения в городских лечебницах, где существовала практика облагать поступающих больничным сбором, однако, по недостатку кроватей, представителей «железки» там жаловали с неохотой.

Построенную больницу пришлось принимать с некоторыми недоделками. Остались свидетельства, что бригада отделочников из немцев, нанятая стелить полы с наложением мастики по какой-то мудрёной технологии, сбежала «нах хаус», бросив работу, и поскольку она была не завершена, мастика уже в первый год эксплуатации помещений оказалась выбита подошвами и каблуками ходячих больных. Первая мировая война внесла и куда более серьёзные коррективы в первоначальный замысел: главное здание, предназначавшееся для отправления медицинской помощи железнодорожным служащим и рабочим, временно становится лазаретом Российского общества Красного Креста, куда доставляют наших раненых воинов.

Опеку над Пискаревским лазаретом, как его чаще всего называли, возложили на себя члены царской семьи Романовых, и прежде всего императрица Александра Фёдоровна. С целью скорейшей транспортировки сюда раненых с германского фронта санитарным поездом к больнице проложили железнодорожную ветку от станции Пискаревка...

В должности главного врача кавалера ордена Святого Станислава II степени Николай Ващенко усердствовал аккуратно до Октябрьской революции 1917 г., пока новые хозяева не вынудили его уволиться. По воспоминаниям коллег-сослуживцев, разлучённый со своим детищем, он, в ту пору далеко не молодой уже человек, скончался через несколько лет. Какой из городских погостов стал местом его упокоения, доподлинно неизвестно. По версии, которой склонны придерживаться в дорожной клинической больнице, похоронен Николай Константинович на Богословском кладбище. Поиски могилы членами поисковой группы из числа сотрудников ДКБ не принесли результата. Этому есть объяснение: в фашистскую блокаду обширные участки кладбища пострадали ввиду проводившихся захоронений военнопленных.

Справедливость восстановлена

Нынешние поколения врачей из головного лечебного учреждения Октябрьской железной дороги сочтут априори устаревшими и даже совершенно неприемлемыми вопросы вроде тех: надо ли отдавать долги, и в какой мере? Ну, наконец пришло времечко! Так, по заказу администрации больницы накануне 100-летнего юбилея вышла брошюра «Н.К.Ващенко» под авторством соискателя учёной степени кандидата филологических наук Натальи Скрыбиной, которая не только знакомит читателя с биографией петербургского врача-подвижника, но и впервые исследует языковые особенности его личности. Николай Константинович был не лишён как ораторского дарования, так и способности «выковывать» на бумаге новую терминологическую фразеологию с входившими в употребление прилагательными «железнодорожный» и «узловой».

Что же до состоявшегося открытия бюста, то этот пример воплощённой мечты сотен и тысяч тружеников петербургской «дорожки», когда-то работавших в ней или работающих сегодня, – абсолютно ни с чем не сравнимый подарок.

– Если обернуться в прошлое, то не представляется труда перечислить события, каждое из которых могло бы стать достойным информационным поводом для создания памятника. Просто раньше не имелось материальной возможности, подобной той, что появилась у больницы в преддверии векового юбилея, – сказал корреспонденту «МГ» директор Николай Ефимов. – Согласитесь, скульптурную композицию нельзя вставлять на неблагоустроенной дворовой территории. Однако ресурсы, выделенные к 100-летней годовщине больницы по линии инвестиционной программы нашим учредителем – ОАО «РЖД», со временем сняли упомянутый «красный флажок». А средства на вание бюста – это собственные деньги, заработанные коллективом.

Увековечив некогда изгнанного из больницы её основателя, железнодорожного врача с большой буквы возвращением его в родную обитель в камне – символе незыблемости, потомки восстановили историческую справедливость.

Владимир КЛЫШНИКОВ,
соб. корр. «МГ».

С.-Петербург.

Фото автора.

«O tempora! O mores!» – в сердцах восклицал ещё Цицерон. Какие времена – такие нравы, перефразируем мы. Сегодня в стране наметился некий тренд на ужесточение. Создаётся впечатление, будто страна «ужесточается». Жёсткость отмечается чуть ли не во всём. Сквозит она и между людьми, и в чиновничьих кабинетах, и в магазинах...

Не является исключением врачебная профессия. На ниве российского здравоохранения, как на фронтах, ведутся «ожесточённые битвы». Хорошо хоть, что не бьются «в кровь» с пациентами. А вот с болезнями – это точно! Во всём мире просто лечат заболевания, у нас же частенько сражаются. Как говорится, «в тяжёлых, изнурительных боях с переменным успехом...»

А ещё звучат отчётливые призывы к принудительному лечению, в частности, в наркологии, психиатрии, фтизиатрии.

Немного лирики

Отчего сфера охраны здоровья населения страны становится жёсткой? Причин тому множество. Удовлетворённость россиян состоянием системы здравоохранения находится на плачевно низком уровне. По статистике, более половины населения страны характеризуют состояние здравоохранения как неудовлетворительное! Чуть ли 2/3 пациентов не доверяют медицинским работникам.

Что это значит? Грубо говоря, эти 2/3 населения страны, скажем откровенно, готовы прямо-таки «убить» своего доктора. Так люди обижены на тех, к кому прибегают в «минуту жизни трудную» как к спасителям. Но что встречают уже на пороге врачебного кабинета? Грубость, хамство, равнодушие, нежелание даже выслушать (не все же знают, что порой на это у доктора нет времени). Многие врачи работают «по старинке», готовы при любом удобном случае «оттопырить карман», понятно на что намекая. А впоследствии ещё выясняется и недостаточный уровень профессиональной подготовки наших специалистов. Вот и накапливается у людей злоба.

Как реагируют пациенты в таких ситуациях? Понятно как. Кто-то строчит жалобы. Кто-то тихо уходит, проглотив обиду и страшно переживая. А кто-то набрасывается на «обидчика» с кулаками. Да ладно бы только с кулаками. Подчас в ход пускают оружие...

Против лома нет приёма, если нет другого лома...

Так как же быть в столь непростой ситуации, когда медицинские работники, исполняя свой профессиональный долг, становятся объектом нападения, жертвами, а порой и вовсе гибнут на «боевом посту»?

Несколько лет назад начали активно говорить о необходимости вооружать их травматическим оружием. В целях самообороны. Дело хорошее. Нас ещё с советских времён приучали, что спасение утопающих – дело рук самих утопающих.

Но давайте на минутку гипотетически предположим, что будет, коли за оружие начнут хвататься люди самых гуманных профессий – доктора, учителя, воспитатели, журналисты, священнослужители...

Оставила, например, отстающего школяра учительница «подтянуть» его по математике, а ученик (мы же хорошо знаем, каковы они, некоторые современные недоросли) и давай изгаляться над Мариванной. Но и та не промах, достаёт откуда ни возьми «травматику» – пиф-паф! – и «уноси покойника»...

Ещё занимательнее ситуация со священниками. Пригласил его, скажем, новый русский

Ситуация

На войне как на войне

Следует ли врача вооружить «до зубов» для защиты от возможной агрессии пациентов



Будни «скорой»

освятить машину, выкладывает пачку денег: ну, действуй, святой отец! А тот прежде всё о душе да о душе. Рассвирепел нувориш: короче, батя, без соплей, кто платит, тот и девушку танцует. Молодой же священник, и глазом не моргнув, хладнокровно вынимает из-под рясы «пушку» и наводит её на визави, который, понятное дело, тут же ретируется. Став хозяином положения, батюшка степенно и обстоятельно доводит до конца духовную беседу с братком о спасении души человеческой. Поговорили. И машину окропили. И – разошлись с миром. Только какова польза от такой «духовной» беседы? Пинками ведь в рай никого не загонишь...

Дико звучит? Конечно, дико! Но не похоже ли выглядит ситуация с врачами, представителями наиболее гуманной профессии, как традиционно считалось на Руси?

На недавней встрече с журналистами по случаю 85-летия одного из самых известных и легендарных российских врачей и учёных академика Евгения Чазова речь зашла о том, как сложно работать врачам в современных условиях. «Что же сегодня? – задался вопросом Евгений Иванович. – Отношение к врачу поменялось. Да и он порой уже не служит так жертвенно, как в прежние времена. Давайте говорить откровенно, сейчас уже не всякий участковый врач аккуратно ходит «по домам», как это было»...

На это дочь мэтра, директор Института клинической кардиологии, главный кардиолог Минздрава России, член-корреспондент РАН Ирина Чазова парировала: «Это у нас есть до сих пор. И доктора ходят «по домам», причём наша страна – единственная, где это делается бесплатно, хотя это очень дорогое удовольствие.

У нас же оно не ценится, и врач ходит по участку в своей скромной одежде, с фонендоскопом, поднимается, иногда без лифта, на 14-й этаж и т.д. Я и сама так ходила. Придётся, а в квартире полупьяный «товарищ», у которого подскочило давление после обильного возлияния. Лежит и ещё хамит. Врач рискует не только своим здоровьем, но порой и жизнью. Были, и сегодня есть случаи, когда врачей насилуют. А защиты никакой».

шокеров. Также он поручил кузбасским депутатам разработать законопроект, предусматривающий вооружить врачей службы «03» средствами самообороны, в частности, оружием «ограниченного» поражения с патронами травматического, газового или светозвукового действия.

От пациента защищён

Не менее тревожная ситуация в столичном регионе. Здесь со-

Судите сами – не каждый умеет обращаться с оружием. Кто, где и за чей счёт будет готовить этих «ворошиловских стрелков»? А потом – не всякий (а среди работников очень много женщин) психологически способен навести ствол на человека даже при угрозе собственной жизни. А где должно храниться оружие? Таких вопросов немало. В частности, во время ночных вызовов в подъезде медработников могут подстергать желающие завла-

трудники «скорой» чаще, чем в иных территориях, становятся жертвами «больных»-хулиганов. Не так давно на северо-западе города в подъезде дома двое вооружённых ножами неизвестных напали на фельдшера, едва он вошёл в подъезд. Порезав ему руку и бедро, они попытались отобрать сумку с медикаментами. Несмотря на ранение, фельдшер смог дать отпор нападавшим, и они ретировались.

В подмосковном Солнцево 40-летний врач скорой помощи оказывал помощь пьяной бомжихе, когда какой-то незнакомец подошёл к нему вплотную и молча всадил нож в сердце. Доктор умер.

Вот почему медицинские работники дают сигнал SOS. Одно время они даже выступили с требованием к властям придать им чуть ли не статус полицейских. Что это подразумевает? Ни более ни менее – право на ношение оружия, само оружие, наручники, радиорелоки с «тревожной кнопкой»... Также врачи предлагают официально запретить работать в бригаде по одному, вдвоём ведь легче отбиться, если произойдёт нападение.

Некоторое время назад такая волна набирала силу, потом начала угасать. А недавно инициативная группа сотрудников столичной «скорой» вновь заявила о сборе подписей в поддержку своих требований. Что сподвигает людей одной из самых гуманных профессий на такой шаг?

«В основном, – говорят врачи станций скорой и неотложной медицинской помощи, – на нас нападают люди в состоянии алкогольного опьянения, особенно из числа лиц божж, нелегальные мигранты, люди с психическими отклонениями. Предсказать заранее, кто из них как себя поведёт, невозможно. А отказывать в помощи кому бы то ни было мы не имеем ни профессионально, ни морального права».

Спасите наши души!

Казалось бы, о таких ЧП надо бить во все колокола. Но практически во всех органах управления здравоохранением регионов стараются спустить дело на тормозах. Да и сами сотрудники «скорой» в основной массе своей люди сознательные, не жаждущие «крови»...

И всё же, если допустить, что медикам удастся добиться своего вооружения, решит ли это проблему? Неужели каждый врач и фельдшер (тем более женщина) этим самым сможет дать адекватный отпор обидчикам?

деть оружием, ведь известно, что с этой целью убивают даже сотрудников полиции. Так что с оружием может возникнуть немало проблем.

Значит, нужны всё-таки иные меры. Как говорится, в русле правового поля. Например, член Совета Федерации (а в то время депутат питерского парламента Людмила Косткина, кстати, бывший вице-губернатор Санкт-Петербурга, курировавшая в том числе сферу здравоохранения) предлагала внести такие изменения в главу 16 УК РФ, которые позволят ввести уголовную ответственность за нападение на работников скорой помощи при исполнении ими своих служебных обязанностей. Законопроект был принят в первом чтении, из 50 депутатов Законодательного собрания «за» проголосовали 40.

Равно как законопроект депутатов Заксобрания Кемеровской области, предложивших внести поправки в Закон об оружии в 2012 г. на заседании Комитета Госдумы РФ по безопасности и противодействию коррупции. Но... комитет его не поддержал.

Как отметила председатель комитета Ирина Яровая, «в СМИ распространяется информация, что на работников скорой помощи много и часто нападают, но факты говорят об обратном. Кроме того, нужно учитывать особенность профессии врача скорой помощи, он приезжает оказывать помощь человеку, который может находиться в неадекватном состоянии в силу своего психического нездоровья. И представьте ситуацию, когда дополнительным аргументом успокоить пациента будет оружие. Здесь, скорее, нужно говорить о более глубоком знании медиком психологии и психоаналитики и применении этих знаний на практике. Также мы должны учитывать, что вооружение населения не повышает безопасность людей. Наоборот, создаются дополнительные риски угрозы и насилия. Последние инциденты, происшедшие в России, показывают, что оружие обязательно стреляет и, к сожалению, не в целях самообороны». Что ж, властям виднее...

Очевидно, что дело врачей – не оказывать сопротивление преступникам и хулиганам, а оказывать квалифицированную медицинскую помощь.

Проблема ведь не в защите именно врачей, а в состоянии нашего не вполне здорового общества. Станет общество благополучнее – так и случаев нападения на медицинских работников будет меньше.

Александр ИВАНОВ,
обозреватель «МГ».

Фото Юрия ЛУНЬКОВА.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 8 (1860)

Первичные иммунодефициты – редко встречающиеся, но тяжёлые врождённые заболевания, ранняя диагностика которых в большинстве случаев позволяет начать своевременную заместительную терапию и предупредить развитие последствий, часто угрожающих жизни больного.

Первичные иммунодефициты – это состояния, при которых нарушения иммунологических механизмов являются врождёнными, часто генетически детерминированными, клинически проявляющиеся нарушением или полным выпадением функции одного или нескольких звеньев иммунного ответа.

Одним из наиболее диагностируемых первичных иммунодефицитов является группа заболеваний, объединённых термином «общая переменная иммунная недостаточность» (ОВИН). С этой патологией врачи могут встретиться как в педиатрической практике, так и у взрослых. ОВИН, по-английски Common Variable Immune Deficiency, CVID – это гетерогенная группа заболеваний, характеризующихся дефектом синтеза антител.

Впервые диагноз ОВИН был сформулирован в 1953 г., но до настоящего времени молекулярный дефект заболевания не известен.

На основании критериев Европейского общества по изучению иммунодефицитов (ESID) диагноз ОВИН является крайне вероятным при значительном снижении (более 2 стандартных отклонений (SD) от медианы) двух или трёх основных изотипов иммуноглобулинов (IgA, IgG, IgM). Хотя большинство случаев ОВИН носит спорадический характер, в 10-20% отмечают семейные случаи, при этом у 80% пациентов выявляют ауто-сомно-доминантное наследование.

Эпидемиология

Частота общей переменной иммунной недостаточности в общей популяции в среднем составляет 1 : 50-70 тыс. Среди европейской популяции ОВИН является наиболее часто встречающимся гуморальным иммунодефицитом, с одинаковой частотой выявляющимся среди мужчин и женщин. У этого заболевания имеются два пика: первый развивается между 6-м и 10-м годами жизни, второй – в интервале 26-30 лет, причём до развития заболевания эти люди считаются практически здоровыми.

Этиология и патогенез

Попытки идентифицировать гены, ответственные за общую переменную иммунную недостаточность, привели в 2005 г. к определению мутации гена TNFRSF13B, регулирующего трансмембранную активацию гена TAC1, находящегося на хромосоме 17 и принадлежащего к суперсемейству рецепторов ФНО. У пациентов с мутациями TAC1 выявляют гипогаммаглобулинемию и нарушение гуморального ответа на иммунизацию, снижение содержания В-клеток памяти в периферической крови.

Недавно описаны мутации гена, кодирующего белок CD19, который формирует комплекс с CD21, CD81, CD225 на мембране зрелых В-клеток. Вместе с BCR этот комплекс влияет на антигензависимую активацию В-клеток. В-клеточная дифференцировка напрямую зависит от сигнала, поступающего через BCR. Корецепторы, связанные с BCR, могут модулировать трансдуцирующий сигнал позитивно или негативно. Мутации гена, кодирующего CD19, вызывают снижение гуморального иммунного ответа на антигенную стимуляцию.

Также в последние годы открыты новые моногенные дефекты, включая ICOS-дефицит. ICOS (англ. Inducible co-stimulator) принадлежит к семейству иммуноглобулиноподобных костимуляторных поверхностных молекул CD28, экспрессируемых только активированными Т-клетками. ICOS взаимодействует с ICOS-лигандом (ICOSL), экспрессируемым на поверхности В-клеток, обеспечивая Т/В-клеточные взаимодействия.

Связывание ICOSL и ICOS обуславливает индукцию синтеза Т-клетками ИЛ-10, что в итоге позволяет В-лимфоцитам осуществить переключение классов иммуноглобулинов (англ. Class Switch Recombination – IgCSR) и терминальную дифференцировку в клетки памяти и плазматические клетки.

Более того, взаимодействие ICOS-ICOSL – важный сигнал для развития и функционирования высокоспециализированных субпопуляций CXCR5 Т-хелперов.

Снижение экспрессии ICOS приводит к исчезновению этой субпопуляции клеток и, соответственно, к нарушению терминальной В-клеточной дифференцировки и развитию гипогаммаглобулинемии.

Совсем недавно у некоторых пациентов с ОВИН была обнаружена мутация гена TNFRSF13B, кодирующего трансмембранный активатор и модулятор кальция (TACI). TACI экспрессируется

Общая переменная иммунная недостаточность

В-лимфоцитами и важен для их взаимодействия с макрофагами и дендритными клетками.

На данный момент общая переменная иммунная недостаточность отнесена экспертами ВОЗ в группу иммунодефицитов с преимущественным нарушением продукции антител, однако выявлено много данных, свидетельствующих о поражении Т-лимфоцитов.

Таким образом, снижение продукции иммуноглобулинов, вероятно, связано с нарушением Т-клеточной регуляции их синтеза, то есть ОВИН в большей степени является комбинированным иммунодефицитом. У 25-30% пациентов с ОВИН увеличивается количество CD8 Т-клеток и снижается соотношение CD4/CD8 Т-клеток. У таких пациентов часто развиваются спленомегалия и аутоиммунные заболевания.

У больных с ОВИН выявлены нарушения образования ИЛ-7, причём на сторону не только снижения, но и повышения; усиление экспрессии рецепторов ИЛ-12 и ИЛ-18. Эти изменения способствуют Th1-поляризации иммунного ответа у пациентов с ОВИН. Комплекс генов, ответственных за функции NK-клеток, находится на коротком плече хромосомы 12. Абсолютное число NK-клеток в периферической крови большинства пациентов снижено.

Клиника

Первая симптоматика может проявляться в различном возрасте, начиная от детского и до пожилого. Возрастные пики манифестации отмечаются между 6-10-м и 25-30-м годами. Спектр клинических проявлений, на основании которых можно заподозрить общую переменную иммунную недостаточность, очень широк: у одних пациентов первыми клиническими проявлениями являются повторные пневмонии, у других – тромбоцитопеническая пурпура, аутоиммунная гемолитическая анемия, или колит.

В отличие от больных агаммаглобулинемией, у больных с ОВИН миндалины и лимфатические узлы остаются нормальных размеров или увеличены; примерно у 25% пациентов развивается спленомегалия.

Почти все пациенты с ОВИН имеют в анамнезе острые, хронические или рецидивирующие инфекции (особенно пневмонии, синуситы и отиты). К моменту выявления ОВИН у 90% пациентов манифестируют хронические синуситы и у 70% – рецидивирующие средние отиты; 75-85% пациентов к этому времени неоднократно перенесли пневмонию.

У 37,5-73% больных с ОВИН развиваются бронхоэктазы. Бронхиальную астму выявляют у 9-15% пациентов с ОВИН.

Неказеозные гранулематозные инфильтраты в лёгких выявляют у 5,4-22% пациентов. Эти изменения трудноотличимы от саркоидоза. Помимо этого, их обнаруживают в лимфоидных органах и тканях. У пациентов с ОВИН могут развиваться также лимфоидные интерстициальные пневмонии, выявляемые при сканировании. Наличие гранулём в лёгких и лимфоидных интерстициальных пневмоний связывают с утяжелением прогноза и повышением вероятности развития лимфопролиферативных заболеваний.

Больные с ОВИН склонны к развитию гнойных артритов, вызываемых микоплазмами и уреоплазмами. Нередко септические артриты развиваются у больных ОВИН, уже страдающих ревматоидным артритом.

Вирусные гепатиты (особенно гепатит С) протекают при общей переменной иммунной недостаточности тяжело (иногда фатально), с выраженными клиническими и

лабораторными нарушениями и быстро дают осложнения в виде хронического активного гепатита и могут рецидивировать даже после трансплантации печени. При ОВИН часто встречается и может тяжело протекать инфекция, вызванная Herpes simplex.

Больные с ОВИН, так же как и с другими формами гуморальных дефектов, высокочувствительны к энтеровирусам. Энтеровирусные энцефаломиелиты протекают крайне тяжело и представляют серьёзную угрозу для жизни, возможны энтеровирусные полиомиелито- и дерматомиозитоподобные заболевания, поражения кожи и слизистых.

Другие вирусы, тоже могут вызывать серьёзные заболевания. Например, парвовирус В19 может вызывать эритроидную аплазию.

Для пациентов с ОВИН характерна высокая частота распространения воспалительных и инфекционных кишечных заболеваний. Диарея водянистого характера возникает

Общая переменная иммунная недостаточность

периодически у 20% больных, причём 10% из них имеют тяжёлые формы энтеропатии типа мальабсорбции с потерей массы тела.

Патология пищеварительного тракта у этих пациентов включает нодулярную лимфоидную гиперплазию, воспаление толстого кишечника (язвенные колиты, язвенные проктиты или болезнь Крона), лямблиоз.

Примерно 20-25% больных с ОВИН имеет одно или более аутоиммунное заболевание (например, аутоиммунную гемолитическую анемию, тромбоцитопению, ревматоидный артрит). Механизм развития аутоиммунных нарушений неизвестен. Большинство пациентов с ОВИН и идиопатической тромбоцитопенической пурпурой или аутоиммунной гемолитической анемией положительно отвечают на лечение высокими дозами внутривенных иммуноглобулинов в сочетании с коротким курсом глюкокортикоидов.

У пациентов с ОВИН повышена частота малигнизации, особенно развитие лимфом. В возрасте от 30 до 50 лет малигнизация имеет место у 11-13% пациентов. В большинстве случаев вовлекаются пищеварительный тракт и лимфоидная ткань. У этих пациентов частота развития всех форм рака увеличивается в 1,8-5 раз, причём чаще всего это рак желудка и лимфомы. Доброкачественные новообразования включают нодулярную лимфоидную гиперплазию, спленомегалию и генерализованную лимфаденопатию.

Диагностика

Лабораторные показатели наиболее важны для постановки диагноза:

- Суммарная концентрация иммуноглобулинов в сыворотке крови ниже 3,0 г/л.
- Низкая концентрация сывороточных IgG (в 2 и более раза ниже нормального уровня для соответствующего возраста). У большинства пациентов низкий уровень IgA, и примерно у 50% больных снижен уровень IgM.
- Для пациентов с ОВИН характерно нарушение образования специфических антител, а именно изогемагглютининов и/или слабый ответ на одну или несколько вакцин.
- Количество В-клеток в периферической крови может быть нормальным или сниженным. У 13% пациентов количество В-клеток в периферической крови ниже 3%.
- У половины пациентов с ОВИН уменьшено количество Т-клеток и нарушен пролиферативный ответ лимфоцитов на митогены и антигены.

Наличие гипогаммаглобулинемии при отсутствии диагностически значимого иммунологического и генетического маркера ОВИН вызывает необходимость исключить все хорошо диагностируемые причины гипогаммаглобулинемии.

У мальчиков с ОВИН должны быть исключены такие первичные иммунодефициты, как Х-сцепленная агаммаглобулинемия, Х-сцепленный лимфопрлиферативный синдром, Х-сцепленный дефицит переключения классов иммуноглобулинов. Разные формы агаммаглобулинемии проявляются обычно вскоре после рождения, тогда как ОВИН чаще манифестирует после 2 лет.

Иммунологические показатели могут меняться в течение жизни больного, постепенно ухудшаясь.

Лечение

В основе лечения больных общей переменной иммунной недостаточностью лежит заместительная терапия иммуноглобулинами. С этой целью требуется введение иммуноглобулинов по 400-600 мг/кг каждые 3-4 недели. Показано, что доза 600 мг/кг

каждые 4 недели поддерживает уровень IgG в сыворотке выше 5 г/л. Пациентам со структурными нарушениями в лёгких необходимо довести уровень сывороточного IgG до 7-8 г/л.

Высокие дозы иммуноглобулинов бывают необходимы пациентам с тяжёлыми хроническими синопульмональными инфекциями для предотвращения развития бронхоэктазов. Нежелательные реакции на введение иммуноглобулинов включают боли в спине, тошноту, рвоту, субфебрилитет, озноб, миалгии, слабость. Эти реакции развиваются в пределах 30 минут после введения и обычно исчезают в течение нескольких часов.

В большинстве случаев заместительная терапия иммуноглобулинами не предотвращает всех инфекционных проблем, в связи с этим многим больным требуется профилактическая антибактериальная терапия.

Прогноз у пациентов с ОВИН зависит от

Общая переменная иммунная недостаточность

частоты инфекций, структурных нарушений в лёгких, возникновения аутоиммунных заболеваний и успешности профилактики инфекций. Пациенты должны научиться выявлять ранние симптомы инфекции и понимать необходимость своего активного лечения.

Случай из практики

Приведём собственное наблюдение впервые диагностированной общей переменной иммунной недостаточности у женщины 26 лет.

Больная К. пришла на амбулаторный приём к клиническому иммунологу в апреле 2014 г. с жалобами на заложенность носа, затруднённое носовое дыхание, першение в горле, осиплость голоса, длительный (месяцами) кашель с необильной гнойной мокротой. Также жалуются на плохой аппетит, неустойчивый жидкий стул, эпизоды диареи по 1-2 дня.

Боли и ограничение движений в правом коленном суставе. Отмечает быструю утомляемость, снижение работоспособности, постоянное чувство слабости. Данные жалобы присутствуют в течение примерно последних 1,5 лет с постепенным прогрессированием.

В конце февраля – марте 2014 г. перенесла двухсторонний гнойный средний отит, лечилась стационарно. В период лечения развилась лейкопения до $2,8 \times 10^9/\text{л}$ (лекарственного генеза?).

Постоянно наблюдается у лор-врача с диагнозами: хронический двухсторонний риносинусит, двухсторонний гнойный средний отит. В анамнезе: многократные фолликулярные ангины, риносинуситы, хронический бронхит.

Сопутствующие заболевания: правосторонний гонартроз, киста Бейкера правого коленного сустава.

Анамнез жизни: профессиональные вредности, наследственные заболевания, вредные привычки отрицает.

Физикальный осмотр: общее состояние удовлетворительное. Адекватна, активно отвечает на вопросы. Масса тела незначительно снижена, ИМТ 18,2. Кожа бледная, сухая. В области правого коленного сустава спереди пальпируется небольшая припухлость. Движения в правом коленном суставе несколько ограничены, напряжены, но безболезненны.

Пальпируются увеличенные с обеих сторон зачелюстные и заднешейные лимфатические узлы. Язык обложен бело-жёлтым налётом, зев гиперемирован, миндалины не увеличены.

Аускультативно: рассеянные сухие хрипы по обоим лёгочным полям, ЧДД 17/мин.

Сердце: границы перкуторно не изменены, тоны ясные, ритмичные, ЧСС 92 уд./мин, АД 110/70 мм рт.ст.

Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень, селезёнка не пальпируются. Стул неустойчивый, нерегулярный.

Лабораторные данные:

ОАК (от 15.04.2014): L – $2,3 \times 10^9/\text{л}$, Eг – 4,1 $\times 10^{12}/\text{л}$, Hb – 92 г/л, ЦП – 0,67, СОЭ 17 мм/час, L-формула: п – 4%, сегм. нФ – 48%, э – 1%, б – 0%, мон. – 13%, лимф. – 34%. Абсол. кол-во НФ – $1,1 \times 10^9/\text{л}$, абсол. кол-во лимф. – $0,782 \times 10^9/\text{л}$.

ОАМ (от 15.04.2014) – без особенностей. Железо сыворотки – 8,7; ОЖСС – 89,2.

Кал на гельминты, паразиты – выявлены цисты лямблий.

АГ-АТ к ВЧ – не обнаружены, HBsAg – отриц., anti-HCV – отриц., АТ к Tr. Pallidum – отриц.

ТТГ – 2,3 мКЕ/мл.

Антинуклеарные АТ (скрининг к 26 антигенам) – отриц.

Протеинограмма (от 15.04.2014): общий белок – 62 г/л, альбумины – 47,2% , α1-глобулины – 8%, α2-глобулины – 18%, β-глобулины – 25%, γ-глобулины – 1,8%.

Иммунограмма: CD3 (Т-лимфоциты) – 88%, абсол. кол-во – 0,688 x 10⁹/л, CD4 (Т-хелперы) – 34%, абсол. кол-во – 0,266 x 10⁹/л, CD8 (Т-цитотоксические) – 42%, абсол. кол-во – 0,328 x 10⁹/л, CD20 (В-лимфоциты) – 4%, абсол. кол-во – 0,031 x 10⁹/л, CD16 (NK-клетки) – 6%, абсол. кол-во – 0,047 x 10⁹/л, иммунорегуляторный индекс (CD4/CD8) – 0,81. ЦИК – 0,019 опт. ЕД. Активность комплемента – 77 ЕД CH50. Сывороточный IgA – 0 (!) г/л, сывороточный IgG – 0,83 (!) г/л, сывороточный IgM – 0,2 г/л. Фагоцитарный показатель (st. aureus) – 66%, абсол. кол-во – 0,726 x 10⁹/л, фагоцитарное число – 3,5, burst-test E.coli – 93%, burst-test fMLP – 7%.

(Окончание. Начало в № 7 от 04.02.2015.)

У девочек менархе происходит на 1-2 года раньше, чем у здоровых девочек. После максимального скачка массы тела, чаще в возрасте 14-16 лет, через несколько лет нормального менструального цикла возникают его нарушения. Проявляются изменением ритма месячных (возможны опсоменорея, аменорея, полименорея), изменением их интенсивности (олиго-, гиперменорея), а также дисфункциональными маточными кровотечениями периода полового созревания. У 75% больных развивается олигоменорея. По данным Е.Богдановой (1983), вторичная аменорея в подростковом периоде в большинстве случаев имеет центральный генез, в том числе частой причиной служит ПЮД.

Проведение тестов функциональной диагностики у девочек подтверждает ановуляцию: кольпоцитологическая реакция свидетельствует о гиперэстрогении. Она монотонная, с преобладанием клеток промежуточного эпителия как в первой, так и во второй фазе цикла. Базальная температура у большинства больных или монофазная, или во второй фазе укороченная. Температура во второй фазе повышается незначительно – на 0,2-0,3°C, то есть выявляется недостаточность лютеиновой фазы цикла. Даже при двухфазной базальной температуре её повышение смещается на 19-24-й день.

В результате ановуляции развивается поликистозная дегенерация яичников, которая обнаруживается более чем у 70% больных. В основе её диагностики лежит ультразвуковое исследование, которое позволяет оценить объём яичников, изображение фолликула диаметром не менее 18 мм, признаки овуляции, толщину эндометрия.

При ПЮД выявляется увеличение как одного, так и обоих яичников. Форма их неправильная, чаще овально-вытянутая. Контуры яичников волнистые, полициклические, плотность теней неоднородная, причём эти изменения не коррелируют со степенью увеличения яичников. Строгой зависимости между степенью увеличения яичников и характером нарушений менструального цикла не существует.

Гистоструктура кистозно-изменённых яичников характеризуется утолщением и склерозированием белочной оболочки, уменьшением в корковом слое премордиальных фолликулов, окружённых интактной или недостаточно дифференцированной theca interna. Зреющие фолликулы на ранних стадиях подвергаются кистозной атрезии. Фиброзные тела встречаются редко в кистозно-изменённой ткани яичника.

Метаболические нарушения

У больных пубертатно-юношеским диспитуитаризмом нарушена функция инсулярного аппарата поджелудочной железы. Гиперинсулинемия и снижение индекса Саго свидетельствуют об инсулинорезистентности, которая увеличивается с нарастанием степени ожирения. Наиболее выраженная инсулинорезистентность отмечается при абдоминальном типе ожирения. Установлено снижение грелина в зависимости от выраженности гиперинсулинемии и инсулинорезистентности.

На фоне инсулинорезистентности и гиперинсулинемии происходят и нарушения липидного обмена. Повышаются общий холестерин, триглицериды. Снижение холестерина липопротеидов высокой плотности, повышение холестерина липопротеидов низкой плотности сопровождаются повышением коэффициента атерогенности. Наиболее выраженные атерогенные изменения автором были выявлены при абдоминальном типе ожирения.

При ПЮД нарушается пуриновый обмен. У значительной части больных повышается содержание мочевой кислоты. Имеется тенденция к гипоальбуминемии, что коррелирует со степенью ожирения. Изучение иммунного статуса у юной свидетельствует о снижении относительного числа Т-лимфоцитов и их

Диагноз: общая вариабельная иммунная недостаточность со снижением В-лимфоцитов, хронический бронхит, рецидивирующий риносинусит, гонартроз правого коленного сустава, лямблиоз, железодефицитная анемия средней степени тяжести, лейкопения.

Диагноз общей вариабельной иммунной недостаточности обосновывается следующими данными. Жалобы пациентки: длительный (месяцами) кашель с гнойной мокротой, постоянная заложенность носа, периодические боли в горле и ушах, неустойчивый стул с эпизодами диареи, слабость. Больная постоянно обращалась за амбулаторной помощью к терапевтам, лор-врачам, пульмонологу, хирургу и, таким образом, имеется обширный анамнез перенесённых гнойно-воспалительных за-

Пубертатно-юношеский диспитуитаризм

функциональной активности, напряжённости факторов неспецифической защиты организма. Изменения в иммунной системе рассматриваются как вторичное иммунодефицитное состояние. Несостоятельность гуморального и клеточного звеньев иммунной системы обуславливают высокий инфекционный индекс и особенности течения инфекции (тяжесть, длительность, атипичность).

Основными клиническими проявлениями ПЮД являются ожирение и артериальная гипертензия. У детей и подростков с ПЮД часто регистрируются гиперинсулинемия на фоне инсулинорезистентности, атерогенные изменения липидного спектра.

Сочетание этих симптомов у взрослых описано как метаболический синдром.

Наличие этих симптомов уже в детском и подростковом возрасте позволяет говорить о метаболическом синдроме этого возрастного периода. Такая категория больных требует диспансерного наблюдения и лечения.

Лечение

Подходы к лечению пубертатно-юношеского диспитуитаризма совпадают с принципами лечения метаболического синдрома.

- Решаются следующие задачи:
- ✓ коррекция массы тела
 - ✓ влияние на инсулинорезистентность
 - ✓ нормализация уровня артериального давления
 - ✓ восстановление углеводного и жирового обмена.
- Мероприятия, проводимые для коррекции метаболических нарушений, делятся на медикаментозные и немедикаментозные. К немедикаментозным методам коррекции относятся:
- ✓ отказ от курения
 - ✓ ограничение калорийности питания в основном за счёт ограничения жиров животного и растительного происхождения
 - ✓ ограничение углеводов (при выявлении нарушения толерантности к углеводам или СД 2-го типа)
 - ✓ уменьшение потребления соли
 - ✓ расширение режима физических нагрузок (за счёт динамических)
 - ✓ применение фитотерапии.

Диета и физические нагрузки

Основные принципы диеты основаны на ограничении суточного количества потребляемых калорий. Суточную калорийность уменьшают на 600 ккал, или на 20%, однако при этом она не должна быть менее 1200 ккал/сут.

Потребление жиров должно составлять 25-30% от общей калорийности рациона, в том числе насыщенных жиров не более 8-10%. Предпочтение отдаётся растительным жирам. Источником насыщенных жиров являются продукты животного происхождения. За счёт углеводов должно обеспечиваться 55-60% суточной энергетической потребности организма. Основу рациона должны составлять продукты, содержащие неусвояемые (клетчатка, растительные волокна) и медленно усвояемые (крахмал) углеводы – овощи, фрукты, ягоды, бобовые, изделия из муки грубого помола, крупы. Овощи должны употребляться 3-4 раза в день, фрукты не менее 2-3 раз в день.

Суточная потребность в белках составляет в среднем 1,5 г на 1 кг массы тела. За счёт белков должно обеспечиваться 15% энергетических потребностей организма.

Не менее важным направлением лечения является повышение физической активности. Физические нагрузки должны доставлять пациенту удовольствие и хорошо переноситься. Наиболее эффективны уме-

бований: риносинуситы, отиты, бронхиты, гонартроз.

При физикальном осмотре обращает на себя внимание лимфаденопатия (при X-сцепленной агаммаглобулинемии отмечается гипоплазия лимфоидной ткани и лимфаденопатия отсутствует), аускультативно сухие рассеянные хрипы по обоим лёгочным полям. Подтверждается диагноз ОВИН лабораторно на основании резкого снижения γ-глобулиновой фракции в протеинограмме – 1,8%, снижения сывороточных иммуноглобулинов классов А и G: IgA – отсутствует, IgG – 0,83 г/л, суммарное количество трёх классов иммуноглобулинов (А, М, G) составило всего 1,03 г/л.

Также у данной пациентки снижены В-лимфоциты (CD20) – 4%, 0,031 x 10⁹/л, что встречается у 13% больных и снижены NK-клетки при сохранённом количестве Т-лимфоцитов.

ренные физические нагрузки: бег, плавание, езда на велосипеде, занятия лечебной физкультурой, лыжи. Самым простым, доступным и эффективным видом физической нагрузки является регулярная ходьба по 30-40 минут в день 4-5 раз в неделю. Ходьба увеличивает расход энергии у пациентов с ожирением на 60-200 ккал в неделю. Необходимо объяснять больным, что важен не темп ходьбы, а пройденное расстояние. Если же диетические мероприятия и увеличение физической активности не приводят к желаемым результатам, то назначается препарат орлистат.

Наиболее эффективным средством для уменьшения инсулинорезистентности в настоящее время является метформин.

Наряду с лечением ожирения необходимо оценивать и лечить сопутствующие нарушения, так как именно они влияют на прогноз жизни больных.

Статины и секвестранты желчных кислот наиболее эффективны в снижении холестерина липопротеидов низкой плотности.

Статины (аторвастатин, симвастатин, лова-статин, провастатин) обеспечивают гиполипидемическое действие за счёт усиления элиминации липопротеидов низкой плотности и уменьшения синтеза липопротеидов очень низкой плотности. Эти препараты лишь умеренно вызывают снижение триглицеридов и повышение липопротеидов высокой плотности. Побочные действия (кишечные расстройства, кожная сыпь, головокружение, головная боль, бессонница) развиваются довольно редко.

Секвестранты (холестирамин, коlestипол) желчных кислот связывают жирные кислоты в просвете кишечника с предотвращением их реабсорбции, что сопровождается усилением утилизации холестерина в печени. Эти препараты могут индуцировать гипертриглицеридемию. К побочным эффектам относятся нарушения всасывания железа и фолиевой кислоты, запоры. Противопоказаны при фенилкетонурии.

Фибраты и никотиновая кислота вызывают снижение триглицеридов и повышение холестерина липопротеидов высокой плотности. Фибраты (фенофибрат, клофибрат, гемофибразил и др.) усиливают действие липопротеиновой липазы, усиливают катаболизм липопротеидов очень низкой плотности и ускоряют переход холестерина в липопротеиды высокой плотности. Усиливают эти препараты также выделение холестерина с желчью. Из побочных эффектов необходимо отметить усиление образования желчных камней, развитие миозита, редко – снижение потенции, тошнота. Препараты никотиновой кислоты (ниаспан, ниацин) снижают холестерин, скорость синтеза липопротеидов очень низкой плотности. К побочным эффектам относятся гиперемия кожи, гиперурикемия, гипергликемия, желудочно-кишечные расстройства.

Также очень важна коррекция повышенного артериального давления, так как это позволяет предотвратить развитие сердечно-сосудистых осложнений. В настоящее время для лечения артериальной гипертензии применяют следующие препараты:

- ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента или антагонисты рецепторов к ангиотензину II
- агонисты имидазолиновых рецепторов
- бета-блокаторы
- диуретики
- антагонисты кальция (дигидропиридиновые, недигидропиридиновые).

При выборе гипертензивных препаратов для лечения артериальной гипертензии необходимо учитывать не только их механизм действия, но и их влияние на углеводный и липидный обмены. Препаратами выбора у

Результаты других проведённых лабораторных исследований указывают на лямблиоз, железодефицитную анемию, лейкопению с абсолютной нейтропенией и лимфопенией.

На момент установления диагноза у пациентки недостаточно исследованы степень повреждения бронхов и лёгких, дыхательной недостаточности и состояние придаточных пазух носа.

Для дальнейшего обследования и лечения заместительной терапии препаратом иммуноглобулина больная направлена на стационарное лечение.

Лейла ЯГУДИНА,
кандидат медицинских наук, доцент.

Диляра ХАКИМОВА,
кандидат медицинских наук.

Казанская государственная
медицинская академия.

этой категории больных являются ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, так как эти препараты метаболически нейтральны и оказывают органопротективное действие. Большинство из представителей этого класса препаратов (эналаприл, периндоприл, рамиприл, квинаприл, трандолаприл) при однократном приёме позволяют контролировать артериальное давление в течение 24 часов, не нарушая его суточный ритм.

В основе действия препаратов этой группы лежит блокада ренин-ангиотензин-альдостероновой системы. Также ингибиторы ангиотензинного рецептора улучшают функцию сосудистого эндотелия и обладают нефропротективным эффектом. У этих препаратов также отмечена способность повышать чувствительность периферических тканей к инсулину.

Антагонисты кальция пролонгированного действия (амлодипин) также можно применять для лечения артериальной гипертензии у больных с метаболическим синдромом, так как эти препараты метаболически нейтральны в отношении углеводного и липидного обменов, а также обладают кардио- и нефропротективным эффектами. Предпочтение лучше отдавать антагонистам кальция недигидропиридинового ряда.

Довольно долгое время применение бета-блокаторов было спорным при ожирении, так как они влияют на липидный и углеводный обмены. В настоящее время созданы высокоселективные препараты (биспролол, бетаксол, атенолол, метопролол) этой группы. Максимальная селективность отмечается у биспролола. Названные селективные препараты метаболически нейтральны в отношении липидного и углеводного обменов и, в отличие от неселективных бета-адреноблокаторов, не усиливают инсулинорезистентность и не увеличивают риск гипогликемии.

Неотъемлемую роль в лечении артериальной гипертензии играют диуретики. Это объясняется патогенетическими аспектами. Повышение реабсорбции натрия при гиперинсулинемии способствует накоплению жидкости в тканях, что приводит к дальнейшему росту нарушения инсулинзависимого поглощения глюкозы. Диуретики необходимо назначать в малых дозах (до 12,5 мг гидрохлортиазида). В этих дозах диуретики не оказывают влияния на липидный и углеводный обмены.

Значительно расширить область применения диуретиков позволило появление метаболически нейтрального препарата – индапамида ретарда.

Агонисты имидазолиновых рецепторов – препараты центрального действия. Моксонидин лишён большинства побочных эффектов по сравнению со своими предшественниками: сухость полости рта, седация, синдром «отмены». Способен снижать инсулинорезистентность, так как подавляет активность симпатической нервной системы. В результате уменьшается вазоконстрикция, что приводит к увеличению объёмного кровотока в капиллярах скелетной мускулатуры, а значит, уменьшается путь диффузии глюкозы к клеткам.

Ожирение сопровождается увеличением риска развития сахарного диабета. Диета назначается всем больным СД 2-го типа. Диета в качестве монотерапии может быть эффективной в срок от нескольких месяцев до года у 90% больных.

Если соблюдение диеты не приводит к нормализации уровня глюкозы крови, то необходимо назначать сахароснижающие препараты. Основные группы сахароснижающих средств: производные сульфонилмочевины, бигуаниды, ингибиторы альфа-глюкозидазы, прандиальный регулятор глюкозы, инкретины.

Андрей ВЕРБОВОЙ,
заведующий кафедрой эндокринологии,
доктор медицинских наук, профессор.

Самарский государственный
медицинский университет.

Первоочередные задачи и меры по эффективной модернизации и расширению Национального календаря профилактических прививок, включению в него современных комбинированных вакцин, обеспечивающих защиту от 5-6 инфекций одной инъекцией, определены на заседании экспертного совета по здравоохранению Комитета Совета Федерации по социальной политике.

Пора расширить вакцинацию

За последние 20 лет в нашей стране достигнуты существенные успехи в области контроля управляемых инфекций. Так, в России не было зарегистрировано ни одного случая заболевания полиомиелитом, вызванного диким штаммом вируса. Успешно снижена заболеваемость «старыми» управляемыми инфекциями (дифтерия, коклюш), частота которых повысилась в 90-е годы. Сегодня удаётся контролировать и снизить заболеваемость детей в возрасте до 14 лет туберкулёзом, несмотря на сохраняющуюся заболеваемость взрослых. Взят под контроль и другие тяжёлые инфекции, обуславливающие высокую заболеваемость и смертность, в первую очередь в детском возрасте.

Напомним, что система мероприятий, осуществляемых в целях предупреждения, ограничения распространения и ликвидации инфекционных болезней путём проведения профилактических прививок проводится на основании Федерального закона № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней». На территории страны действует Национальный календарь профилактических прививок, утверждённый приказом Минздрава России от 21.03.2014. В соответствии с ним проводятся прививки против 12 инфекций: вирусный гепатит В, туберкулёз, дифтерия, столбняк, коклюш, гемофильная инфекция типа В, корь, краснуха, эпидемический паротит, полиомиелит, грипп и пневмококковая инфекция.

Вместе с тем не все вакцины, включённые в календари развитых стран и рекомендуемые Всемирной организацией здравоохранения, нашли отражение в нашем Национальном календаре профилактических прививок. Международный опыт свидетельствует о целесообразности расширения его до вакцинации против 15-16 инфекций. Так, ВОЗ рекомендует в качестве обязательных прививок для всех стран мира – БЦЖ, АКДС, против гепатита В, полиомиелита, кори, Hib, пневмококковой, ротавирусной инфекции и вируса папилломы человека. Обоснованием именно такого спектра вакцин является то, что анализ причин смерти детей первых 5 лет жизни выявил, что высокие цифры смертности от пневмонии и диареи связаны не только с пневмококком, но и с такими инфекциями, как Hib, коклюш, корь и грипп. Причина более 50% диарей – ротавирусная инфекция, вакцинация против которой к 2012 г. включили в национальные календари прививок почти 40 стран.

Календари прививок Европы, Канады, Австралии, США и многих других стран мира включают не только профилактику гемофильной инфекции типа В, ротавирусной инфекции, а для подростков – вакцинацию против вируса папилломы человека, но и вакцинацию против ветряной оспы, менингококковой инфекции. Иммунизация детей первых лет проводится комбинированными препаратами на основе бесклеточных вакцин.

До настоящего времени Россия остаётся в числе немногих

стран, которые не ввели массовую вакцинацию детей первого года жизни против Hib, а она занимает лидирующую позицию в детской заболеваемости и смертности. С Hib связаны тяжёлые инвазивные болезни, прежде всего менингиты, эпиглоттиты, а также тяжёлые пневмонии, осложнённые плевритом. Так, в структуре возбудителей менингита Hib занимает второе-третье место в зависимости от региона. До 40% эпиглоттитов также вызывает Hib, причём большинство бактериальных эпиглоттитов ассоциированы с Hib. Единственным способом профилактики Hib является вакцинация.

что даёт основание для их более широкого использования на федеральном уровне.

Председатель экспертного совета, директор Центра оценки технологий в здравоохранении Института прикладных экономических исследований профессор Виталий Омеляновский уделит внимание готовности российского здравоохранения к работе по модернизации Национального календаря прививок и необходимости совместных усилий государства, экспертного сообщества, СМИ в этой деятельности. «Очень важно, – сказал он, – использовать региональный положительный опыт вакцинопрофилактики на федеральном уровне.

вакцинопрофилактики увеличивается с 6,2 млрд руб. в 2014 г. до 10,2 млрд в 2015-м, сообщила на заседании член Комитета Госдумы РФ по охране здоровья доктор медицинских наук Салия Мурзабаева.

В одном пакете

Исследования показывают, что наиболее важной мерой модернизации Национального календаря прививок является его обеспечение комбинированными вакцинами. По словам заведующего кафедрой эпидемиологии и доказательной медицины Первого Московского государственного медицинского университета им.

вакцинации, которой становится всё труднее придерживаться. Поэтому важно не только обеспечить возможность вакцинопрофилактики против новых инфекций, но и повышать приверженность родителей рекомендованному Национальным календарём прививок графику вакцинации. Кроме того, использование комбинированных вакцин позволит снизить вероятность развития побочных реакций за счёт сокращения суммарной дозы консервантов или других дополнительных веществ, которые содержатся в вакцинах, а также минимизирует дискомфорт пациентов и снизит риск развития у них местных и общих реакций. Существующие на сегодняш-

Итоги и прогнозы

Отвечать требованиям времени

Национальный календарь профилактических прививок модернизируют

Использовать опыт регионов

Словом, вопрос модернизации отечественного Национального календаря прививок давно стоит на повестке дня и требует адекватного решения. Как заявил на заседании заместитель председателя Комитета Совета Федерации по социальной политике Игорь Чернышёв, «без эффективной вакцинопрофилактики решить вопрос о качественной охране здоровья наших граждан в принципе невозможно. Это важнейшая аксиома для системы здравоохранения». Сенатор обозначил основные направления государственной политики в области оказания медицинской помощи в процессе развития и совершенствования вакцинопрофилактики и отметил необходимость определения ответственных в вопросах вакцинопрофилактики.

В декабре 2013 г. была сформирована рабочая группа по совершенствованию Национального календаря профилактических прививок, которая провела ряд выездных заседаний в субъектах РФ: Республике Башкортостан, Тюменской и Самарской областях. Целью их был обмен опытом в оптимизации региональных календарей профилактических прививок, а также формирование итоговых рекомендаций для совершенствования мер иммунопрофилактики. Рабочая группа признала необходимость модернизации Национального календаря прививок, его расширения за счёт иммунизации против инфекций, имеющих значение для отечественного здравоохранения, внедрения эффективных и мало реактогенных комбинированных вакцин, формирования календарей для населения разного возраста и разного состояния здоровья, решения правовых вопросов развития региональных программ вакцинопрофилактики, системы информирования населения, а также обучения медицинских работников. Причём активное использование комбинированных вакцин не требует изменений законодательства и рекомендован Национальным календарём прививок графиков вакцинации,



Сегодня возможности создания и модернизации региональных календарей профилактических прививок ограничены. Эти проблемы необходимо решать на федеральном уровне. Согласно результатам анкетирования, проведённого в регионах, 86% опрошенных регионов считают включение 5-компонентной вакцины и вакцин против ротавирусной инфекции первым приоритетом в модернизации календаря профилактических прививок».

Нет сомнений, что совместная деятельность государства, экспертного сообщества по своевременной модернизации Национального календаря профилактических прививок – важнейшее направление в работе отечественной системы здравоохранения. Это приведёт к улучшению здоровья граждан РФ, положительно повлияет на их работоспособность и продолжительность жизни, сэкономит значительные ресурсы на лечение заболеваний от управляемых инфекций, а главное – обеспечит нашим детям здоровое и счастливое будущее.

В календарь 2015 г. уже добавляется вакцинация против ветряной оспы, 2016 г. – вакцинация девочек-подростков против папилломатозной инфекции. Государственное финансирование

И.М.Сеченова», главного эпидемиолога Минздрава России Николая Брико, «имеющий положительный опыт использования 5- и 6-компонентных вакцин во многих регионах РФ даёт основание закрепить их применение на федеральном уровне». «Это можно сделать путём разработки российской комбинированной вакцины либо при помощи трансфера зарубежных технологий на российские производственные площадки, что как раз отвечает задачам импортозамещения», – полагает учёный.

А руководитель отдела Научно-исследовательского института детских инфекций ФМБА России Сусанна Харит предоставила данные по экономическому обоснованию целесообразности включения современных вакцин в Национальный календарь прививок и обозначила экономические выгоды применения 5-компонентной вакцины. По её словам, «увеличение числа применяемых вакцин приводит к росту количества инъекций и неизбежно ставит вопрос об использовании комбинированных вакцин в рамках Национального календаря профилактических прививок».

Так что разработка и внедрение в практику здравоохранения комбинированных вакцин, содержащих в своём составе 5 и более компонентов, приобретает на сегодняшний день в нашей стране особое значение. Это позволит значительно сократить инъекционную нагрузку на детей младшего возраста и снизить нагрузку на медицинский персонал. При этом использование 5-компонентных вакцин не требует изменения законодательства и рекомендованного графика вакцинации в рамках Национального календаря профилактических прививок.

На фоне имеющегося числа инъекций перспектива включения в календарь прививок новых инфекций не только увеличивает и без того высокое количество инъекций (до 18-месячного возраста ребёнок должен получить 20 инъекций и многие из них вводят одновременно), но и существенно усложняет саму схему

ний день на российском рынке комбинированные вакцины уже успешно применяются, кстати, в некоторых регионах России для различных категорий детей.

И ещё одна проблема: в последнее время у нас сформировалось негативное отношение к вакцинации, причём не только у части населения, но и у ряда врачей разных специальностей, в том числе педиатров. Изменения показателей здоровья детей первого года жизни, по ряду причин, в том числе за счёт выхаживания детей с экстремально низкой массой тела, приводят к неоправданно широкому противопоказаниям к вакцинации и, как следствие, к уменьшению охвата детей прививками и снижению уровня коллективного иммунитета.

А ведь вакцинопрофилактика была и остаётся наиболее эффективным инструментом предотвращения инфекционных болезней: при помощи плановой иммунизации ежегодно удаётся спасти до 4,5 млн человеческих жизней. Тем не менее по данным ЮНИСЕФ, в мире каждые 20 секунд от какой-либо вакциноуправляемой инфекции умирает ребёнок. Вряд ли стоит забывать об этом...

Поэтому вся система мероприятий и должна быть направлена у нас на решение конкретных задач, взаимосвязанных и скоординированных на всех стадиях решения проблемы вакцинопрофилактики. Для этого требуется разработка и проведение единой государственной политики, направленной на её улучшение. Необходимо также разработать систему мероприятий по работе с населением для повышения знаний в области вакцинопрофилактики, а также по работе со средствами массовой информации.

России нужна единая информационная сеть по вакцинопрофилактике в регионах и в целом в стране с базой данных о контингентах, привитости, нежелательных явлениях; совершенствование законодательной базы вакцинопрофилактики; решение вопросов развития региональных программ иммунизации; развитие системы информирования населения, а также обучения медицинских работников.

Константин ЩЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

Программа конгресса включала широкий круг теоретических и практических проблем по искусственному лечебному питанию взрослых и детей. Форум, проходивший в Центральном доме учёных, был организован Департаментом здравоохранения правительства Москвы, Московским НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского, Гематологическим научным центром Минздрава России, НИИ общей реаниматологии им. В.А.Неговского, Национальной ассоциацией парентерального и энтерального питания, Федерацией анестезиологов и реаниматологов России, Российской ассоциацией специалистов по хирургическим инфекциям и др.

Профессор Т.Попова, которая в течение нескольких лет возглавляла Российскую ассоциацию парентерального и энтерального питания (РАПЭП) и много сделала для её признания европейским сообществом, передала полномочия президента РАПЭП заведующему кафедрой анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии лечебного факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова профессору С.Свиридову. Члены РАПЭП высоко оценили заслуги Т.Поповой и выразили ей благодарность за высокий вклад в развитие нового для России дела.

Работа конгресса началась с обсуждения современной тактики восполнения острой кровопотери, проблем применения плазмозаменивателей в РФ, необходимости строгого соблюдения показаний к назначению гидроксизилхлоридов.

С разных позиций – реаниматолога, хирурга, гастроэнтеролога – рассматривалось лечение такой сложной патологии, как синдром короткой кишки (СКК). Докладчиками на эту тему стали Александр Шестопалов, кафедра анестезиологии и неотложной медицины Российской медицинской академии последипломного образования, заведующий кафедрой анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии лечебного факультета РНИМУ им. Н.И.Пирогова профессор Сергей Свиридов, доктор медицинских наук Евгений Ачкасов, президент Северо-Западной ассоциации парентерального и энтерального питания, руководитель лаборатории питания Санкт-Петербургского НИИ скорой помощи им. И.И.Джанелидзе Валерий Луфт.

Традиционное лечение предусматривает введение энтерального питания (ЭП) в поздние сроки после операции, в то время как современный подход – раннее начало ЭП для стимуляции адаптационной способности тонкой кишки с применением фармаконутриентов (глутамин, омега-3-жирных кислот, аргинина, короткоцепочечных жирных кислот, антиоксидантов). Для обеспечения достаточного

Врач и пациент

Секреты нутриционной поддержки

В Москве прошёл XVII конгресс с международным участием «Парентеральное и энтеральное питание»

количества питательных веществ и энергии часто требуется проведение парентерального питания. Авторы подчёркивают, что СКК – междисциплинарная проблема, требующая участия различных специалистов (хирург, гастроэнтеролог, диетолог, психотерапевт, реабилитолог), а нутритивно-метаболическая терапия – обязательная составляющая лечения СКК. Необходима разработка и внедрение комплексной программы патронажа и реабилитации данной категории больных.

Последнее время всё чаще обсуждается вопрос, что важнее для больного – обеспеченность белком или введение достаточного количества энергии? Какое соотношение вводимого азота и энергии лучше? Классическим соотношением азота и небелковой энергии считалось 1 : 130-150 ккал. Последние данные свидетельствуют о приоритете белка и снижении этого соотношения до 1 : 90-100 ккал.

Группа докладчиков – М.Сторчай, М.Петрова, А.Бутров с кафедры анестезиологии и реаниматологии Медицинского института Российского университета дружбы народов на основании изучения у больных после абдоминальных хирургических вмешательств динамики альбумина, трансферрина в крови, данных азотистого баланса показала преимущества использования высокобелковых питательных смесей.

Эту же мысль поддержал в своём докладе Владимир Кулабухов, заведующий отделением ожоговой реанимации Института хирургии им. А.В.Вишневского. Динамика азотистого баланса была лучше у больных на фоне приёма высокобелковых смесей. Говоря об эволюции парентерального питания, В.Кулабухов подчеркнул, что в имеющихся препаратах разное соотношение азота и энергии, поэтому целесообразно иметь всю линейку препаратов для индивидуализации подхода к больному.

Также докладчик затронул тему о необходимости индивидуального подхода и в отношении определения энергопотребностей больного путём использования методов непрямой калориметрии, что особенно актуально, так как расход

энергии в течение дня может колебаться от 1500 до 4500 ккал.

Докладчики из других лечебных учреждений также говорили о реальной помощи проведённой непрямой калориметрии в составлении нутриционной программы для конкретного больного и призывали к более широкому использованию методов непрямой калориметрии.

Отрадно наблюдать, что уже не обсуждаются вопросы, кормить больного или не кормить, а речь идёт о более тонких подходах, индивидуализации питания, использовании преимуществ питательных смесей в зависимости от конкретной клинической ситуации.

Гость конгресса – профессор Пражского университета, руководитель метаболической клиники и геронтологии, президент Чешской ассоциации парентерального и энтерального питания, руководитель образовательной программы ЭСПЕН Любош Сobotка коснулся вопросов важности выявления недостаточности питания и фармако-экономических аспектов клинического питания. Своевременное назначение нутриционной поддержки способствует предотвращению развития осложнений, снижает риск повторных госпитализаций, стоимость лечения и позволяет экономить средства. Профессор Сobotка ознакомил аудиторию с опытом организации нутриционной поддержки онкологических больных в Чехии. Они провели скрининговую оценку онкобольных (более 10 тыс.), выявили у 30% риск недостаточности питания, осветили эту проблему на радио, ТВ, в прессе, подготовили брошюры для пациентов, на примере 3 онкоцентров рассчитали частоту осложнений у больных с недостаточностью питания и без неё. Результаты работы по включению питательных смесей



Новый президент Российской ассоциации парентерального и энтерального питания Сергей Свиридов

показали уменьшение частоты появления инфекционных осложнений, снижение стоимости лечения, длительности госпитализации, доказали важность своевременной нутриционной поддержки.

Профессор Сobotка затронул ещё одну новую тему – необходимость активизации больных. Даже у здоровых при постельном режиме за 10 дней наблюдалось снижение массы тела на 6%. Неподвижность, воспаление и недостаточность питания – все эти факторы способствуют потере мышечной массы. В своей клинике они используют специальные приборы для пассивной активизации больных.

Денис Цветков, заведующий отделением реанимации 83-й больницы ФМБА России, представил отечественный опыт работы по комплексной программе реабилитации больных с применением нутриционной поддержки. Как и у профессора Сobotки, здесь была использована ранняя активизация больных, в том числе занятия на циклическом механотренажёре. Физическая активность и нутриционная поддержка должны быть составной частью лечения. Результат – меньше длительность ИВЛ, меньше частота инфекционных осложнений, ниже стоимость пребывания в стационаре.

О необходимости оценки состояния питания больных в кардиохирургии для выявления больных с недостаточностью питания, определения энергетических потребностей методом непрямой калориметрии, важности раннего энтерального питания больных после операций говорил Сергей Ефремов, представляющий Новосибирский научно-исследовательский институт патологии кровообращения им. Е.Н.Мешалкина. Один из выводов, сделанных автором: нутриционная недостаточность является фактором риска развития различных послеоперационных осложнений, в том числе и специфического для кардиохирургии синдрома острой сердечной недостаточности.

Никого из присутствовавших на конгрессе не оставил равнодушным доклад профессора Антонины Чубаровой, главного врача детской городской больницы № 13 им. Н.Ф.Филатова (Москва) о необходимости проведения полного парентерального питания (ПП) у совсем маленьких пациентов, имеющих нефункционирующий ЖКТ. Опыт проведения домашнего ПП у детей насчитывает 10 лет. Профессор А.Чубарова говорила об имеющихся данных о безопасности процедуры питания, повышающей выживаемость, её перспективности, клинической и экономической эффективности, необходимости освоения зарубежного опыта для развития в России. Первоочередной задачей является внедрение опыта обеспечения стерильным парентеральным питанием детей до 2 лет и обучение родителей и пациентов.

Конечно же, на конгрессе обсуждались вопросы о необходимости улучшения образовательных программ по нутрициологии для врачей в вузах, в программах последипломного образования, необходимости соблюдения правил проведения энтерального и парентерального питания, необходимости создания стандартов проведения нутриционной поддержки.

Валентина МАТУШЕВСКАЯ, кандидат медицинских наук.

Институт хирургии им. А.В.Вишневского.

Профилактика

В поликлинике № 10 Астрахани создана школа никотиновой независимости. За год работы она стала самой популярной среди 9 существующих там школ здоровья. Учатся в школе и сами сотрудники – курящих докторов и медицинских сестёр стало меньше.

Ещё до ужесточения федерального антитабачного законодательства в поликлинике ввели свои ограничения: администрация издала приказ, по которому курить в рабочее время категорически запрещается. «У нас нет мест, отведённых для курения. Никто и нигде не курит – ни в помещениях поликлиники, ни рядом. Так мы стимулируем сотрудников отказываться от этой вредной привычки, – говорит главный врач поликлиники Светлана Супрун. – Но действуем

Доктор, не кури!

Сотрудники астраханской поликлиники показывают пример пациентам

не только запретами – помогаем излечиться от зависимости, приобщаем к спорту».

По словам врача гигиенического воспитания Виктории Кузьминой, которая ведёт школу никотиновой независимости, медицинские работники – самые сложные пациенты. Они считают, что знают всё о своём здоровье и смогут остановиться, когда потребуются. «Мы начали с того, что на пятиминутках с участием коллектива показывали ролики о вреде курения, агитиро-

вали прийти на занятия школы. Те, кто пришли, получили реальный результат», – говорит В.Кузьмина.

Женщинам-докторам сложнее отказаться от сигарет. И говорят они об этом неохотно, а мужчины оказались способны бросить буквально за один день и не возвращаться к никотину. Так, врач ультразвуковой диагностики Сергей Тимошин, куривший 10 лет, не курит уже полгода. Сначала в школе он прошёл тесты, потом испытания приборами для опреде-

ления уровня угарного газа в выдыхаемом курильщиком воздухе и содержания карбоксигемоглобина в крови. Потом получил советы по питанию, в частности по молочной диете. Но самый большой эффект, как признаётся доктор, дали консультации психолога поликлиники Олеси Криулиной. Она работает с разными пациентами, в том числе с такими сложными, как беременные, которые решаются бросить курить, опасаясь за здоровье будущего ребёнка.

Периодически сотрудники поликлиники «выходят в люди» – проводят акции на площадках своего района, в производственных и учебных коллективах, агитируя против никотина, предлагая пройти экспресс-исследования, которые наглядно убеждают – курение вредит здоровью. Такая берегающая здоровье работа поощряется. По итогам года астраханская городская поликлиника № 10 стала победителем регионального этапа Всероссийского конкурса «Российская организация высокой социальной эффективности», заняла первое место в номинации «За формирование здорового образа жизни в организациях непроизводственной сферы».

Василий СЕРЕБРЯКОВ.

МИА Сити!

Астрахань.

Росздравнадзор опубликовал традиционный антирейтинг производителей лекарственных средств – перечень компаний, на продукцию которых в 2014 г. поступило наибольшее количество рекламаций.

В «чёрный список» попали 13 российских и 13 зарубежных компаний. Лидером по объёму забракованной продукции среди отечественных производителей стало ООО «АСФАРМА»: 24 серии 2 торговых наименований, произведённые на этом предприятии, были отозваны с рынка. На втором и третьем месте – ОАО «Синтез» и ОАО «Уралбиофарм» (21 серия 7 торговых наименований и 20 серий 6 торговых наименований, соответственно). Далее по списку: ООО «ЮжФарм», ОАО НПК «ЭСКОМ», ОАО «Ирбитский ХФЗ», ЗАО «Медисорб», ООО «Озон», ООО «Гиппократ», ОАО «Татхим-фармпрепараты», ЗАО «АЛСИ Фарма», ОАО «Дальхимфарм» и ОАО «Самарамедпром».

Среди импортёров чаще других некачественные препараты поставляли «Эльфа Лабораториз» (Индия), ОАО «Борисовский завод медицинских препаратов» (Республика Беларусь) и «Мерк Сантэ с.а.с.» (Франция), а также китайские, словенские, германские, польские и украинские производители: «Шаньдун Шэнлу Фармасьютикал Ко. Лтд», «Лек д.д.», «Мукос Эмульсионс ГмбХ», «Янчжоу № 3 Фармасьютикал Ко. Лтд», «Шрея Лайф Сайенсиз Pvt. Лтд», «Си Эс Пи Си Оуи Фармасьютикал Ко.Лтд», Фармацевтический завод «Польфарма» АО, «Глаксо-СмитКляйн Фармасьютикалз С.А.», РУП «Белмедпрепараты», ООО «Опытный завод ГНЦЛС».

Штраф за «срок»

Основными причинами выбраковки лекарственных препаратов является несоответствие известной триаде требований: маркировка, описание, упаковка. Среди других показателей – механические включения, количественное определение, микробиологическая чистота, посторонние примеси, распадаемость, средняя масса, подлинность и ряд других.

Ориентир

«Плохая» таблетка

Основной приоритет – качество лекарственных препаратов



Выступая ранее на 16-й Всероссийской конференции «Фарм-МедОбращение 2014», начальник Управления организации государственного контроля качества медицинской продукции Росздравнадзора Валентина Косенко сообщила о том, что ведомством ежегодно изымается из обращения около 1% недоброкачественных и фальсифицированных ЛС от общего числа серий, поступающих на рынок.

Из них – 65,4% – отечественного производства и 34,6% – зарубежного. В структуре лекарственных форм недоброкачественных ЛС, изъятых в 2014 г., преобладают растворы, настойки, эмульсии, то есть жидкие лекарственные формы – 53%. На втором месте – твёрдые лекарственные формы (таблетки, драже, капсулы) – 45%.

Но, как показывает практика, в подавляющем большинстве случаев фармпроизводители инициируют отзыв своей продукции только после того, как бракуется

очередная серия лекарственного средства в аптеке или медицинской организации.

– Росздравнадзор будет проводить внеплановые проверки по всем случаям брака для выяснения и устранения причин производства некачественных препаратов. Кроме того, будет усилен контроль за выполнением производителями предписаний по итогам проверок, – предупредила нерадивых производителей В.Косенко.

Согласно действующему законодательству, при выявлении в обращении недоброкачественного ЛС, его производитель и дистрибьютор в 10-дневный срок с момента выхода информационного письма должны предоставить в Росздравнадзор сведения о проведённой работе, включая программу мероприятий по предотвращению вреда здоровью потребителей. В противном случае ведомство вправе инициировать возбуждение дела об административном правонарушении. Минимальный административный

штраф в данном случае составляет 30 тыс. руб., при повторном правонарушении эта сумма может быть увеличена до 70 тыс. руб.

Пишите по-русски

Несмотря на значительное снижение доли фальсифицированных препаратов в обращении, РЗНЗ проводится активная работа по пресечению оборота данной продукции, отметила представитель ведомства.

Оборот фальсифицированных лекарственных препаратов составляет примерно 0,01% от общего числа серий, ежегодно поступающих на рынок. По данным на 30 сентября 2014 г., контролирующими органами выявлено и изъято из обращения 5 серий 3 торговых наименований фальсифицированных лекарственных препаратов. Наиболее часто подделываются дорогостоящие лекарства зарубежного производства, входящие в систему госгарантий.

Особую озабоченность ведомства вызывает качество фармацевтических субстанций, ввозимых на территорию РФ из-за рубежа.

– После отмены в 2011 г. лицензирования на ввоз лекарственных средств и фармсубстанций мы столкнулись с серьёзной проблемой, а именно – с отсутствием реального механизма государственного контроля в данной сфере. Этот пробел мы пытаемся восполнить, прописывая новые требования во всех законодательных документах, – отметила В.Косенко.

Нередко фармацевтические субстанции ввозятся в страну под видом химического сырья. Всё, что может сегодня сделать Росздравнадзор, – организовать более тщательный и жёсткий контроль. Ведомством совместно с Феде-

ральной таможенной службой прорабатываются механизмы по организации контрольных мероприятий при выпуске фармсубстанций с таможенной территории. В частности, алгоритм взаимодействия при выявлении сертификатов качества на фармсубстанции, не соответствующие утверждённым в РФ нормам. Кроме того, в 2014 г. ведомства приступили к реализации совместного пилотного проекта по внедрению экспресс-методов идентификации фармсубстанций при прохождении таможенного контроля. В настоящее время формируется и пополняется библиотека БИК-спектров фармацевтических субстанций.

По данным Росздравнадзора, за последние годы существенно вырос объём лекарственных средств, которые поступают в оборот с нарушениями российского законодательства. Как отметила В.Косенко, эти препараты не ввозились в установленном порядке на территорию страны и не проходили обязательную процедуру соответствия.

Значительная часть этих лекарств не имеет маркировки на русском языке и реализуется дистанционным способом через Интернет. За 9 месяцев 2014 г. ведомством было выявлено 25 серий 16 торговых наименований ЛС, находящихся в обороте с нарушением законодательства.

Кроме того, в 2014 г. увеличилось количество ЛС, которые были забракованы в связи с ошибками в нормативной документации по качеству. Пока ведомство ограничивается изъятием из обращения определённой серии препаратов, но в дальнейшем контроль в этой сфере будет ужесточён, вплоть до запрета оборота данных ЛС.

Ирина СТЕПАНОВА,
корр. «МГ».

Фармаконадзор

Рекомендации зарубежных регуляторных органов

Тестостерон

– Регуляторным органом США (FDA) в июне 2014 г. было принято решение о дополнении инструкции по медицинскому применению препаратов, содержащих тестостерон, информацией о риске развития тромбозов (включая тромбоз глубоких вен и тромбоз эмболию лёгочной артерии – ТЭЛА).

Специалистам практического здравоохранения рекомендуется в случае обращения пациента с жалобами на боль, отёки, эритему, локальное повышение температуры тела в нижних конечностях провести обследование на наличие тромбоза нижних конечностей (а при наличии острой дыхательной недостаточности – ТЭЛА), отменить тестостерон и провести лечебные мероприятия, направленные на купирование развившейся патологии.

Деносумаб

– Регуляторным органом США (FDA) в июне 2014 г. было принято решение о дополнении инструкции по медицинскому применению препаратов, содержащих деносумаб, информацией

о риске развития костно-мышечных болей и повышения уровня паратиреоидного гормона у пациентов с тяжёлым нарушением функции почек.

Олмесартана медоксомил

– Регуляторным органом США (FDA) в июне 2014 г. было принято решение о дополнении инструкции по медицинскому применению ЛС, содержащих олмесартана медоксомил, информацией о риске развития тяжёлых осложнений фармакотерапии со стороны сердечно-сосудистой системы (в том числе с летальным исходом) у пациентов, страдающих сахарным диабетом на фоне высоких доз препарата.

Соматропин

– Регуляторным органом США (FDA) в июне 2014 г. было принято решение о дополнении инструкции по медицинскому применению ЛС, содержащих соматропин, информацией о риске развития вторичных опухолей. Так, у детей, перенёвших курс радиотерапии по поводу новообразований мозга/головы и получавших соматропин, было

отмечено повышение риска развития вторичных опухолей, преимущественно менингиом. На сегодняшний день остаётся неизвестным, существует ли взаимосвязь между приёмом соматропина и риском развития вторичных опухолей ЦНС у взрослых. В связи с этим рекомендуется проводить регулярный тщательный мониторинг пациентов, находящихся на лечении соматропином, на предмет образования или прогрессирования опухолей.

Триамцинолон

– Регуляторным органом США (FDA) в июне 2014 г. было принято решение о дополнении инструкции по медицинскому применению ЛС, содержащих триамцинолон (инъекционные лекарственные формы), информацией о риске развития серьёзных, в том числе с летальным исходом, нежелательных реакций со стороны нервной системы, таких как инфаркт спинного мозга, параплегии, квадриплегии, корковая слепота. По данным FDA, осложнения были зарегистрированы после

эпидурального введения препаратов.

Источник: <http://www.fda.gov>.

Neofordex (дексаметазона ацетат)

– Регуляторным органом ЕС (EMA) в июле 2014 г. было принято решение 38 об отзыве регистрационного удостоверения препарата Neofordex (дексаметазона ацетат). Neofordex представляет собой «гибридное ЛС», зарегистрированное как орфанный препарат для лечения множественной миеломы в составе комбинированной терапии. По мнению регуляторов, компания, производящая препарат, не смогла предоставить документы, подтверждающие достаточный уровень качества, в связи с чем потенциальные риски перевешивают ожидаемую пользу.

Источник: <http://www.ema.europa.eu>.

Ирина АНДРЕЕВА.

По материалам журнала
«Безопасность и риск
фармакотерапии».

Тенденции

В 2014 г. в аптеках страны было продано 4,2 млрд упаковок лекарственных препаратов на сумму 513,1 млрд руб. в оптовых ценах. Такая информация приводится в отчёте аналитической компании DSM Group. В сравнении с 2013 г. объёмы продаж уменьшились на 4,5% в упаковках и увеличились на 10,8% в рублях.

Ушли в минус

В рейтинге АТС групп первого уровня существенных изменений не произошло. Как и в 2013 г., первое место занимают «препараты для пищеварительного тракта и обмена веществ», за ними следуют «препараты для лечения респираторных заболеваний». Обе группы увеличили стоимостные объёмы на 12% и уменьшили объёмы реализации в упаковках (-6,5 и -1,5% соответственно).

Традиционно рейтинг натуральных объёмов продаж отличается от стоимостного: лидерство принадлежит отечественным производителям. В TOP-10 брендов по этому показателю существенных изменений в 2014 г. не произошло: лидирует препарат цитрамон, второе место занимает активированный уголь. Примечательно, что в TOP-10 все бренды показали отрицательный рост продаж.

Анна КРАСАВКИНА.

Открытия, находки

Гиппокампом не ограничивается

В Соединённых Штатах Америки 26 млн человек (чуть меньше 20% населения) страдают диабетом 2-го типа, считающимся инсулиннезависимым. Тем не менее почти 3 млн из указанных 26 нуждаются в периодических инъекциях инсулина, являющегося белком, который связывается с протеиновыми рецепторами в мембране клеток, способствуя тем самым уводу сахара из крови.

Дуг Мелтон из Гарварда долгие 23 года мечтал создать островки Лангерганса поджелудочной железы, клетки которых синтезируют инсулин. И вот наконец — успех! Будущие островки получили из стволовых клеток, которые подсадили мышам под капсулу их почек, где успешно развились функциональные островки. Теперь проблема заключается в том, как подавить иммунный ответ примерно на 150 млн клеток, которые необходимы для лечения людей. Но вполне возможно, что в этом врачам помогут собственные клетки пациентов, из которых будут сначала получать индуцированные плюрипотентные (iPS), на которые не должно быть реакции отторжения.

В годы Вьетнамской войны тогдашние студенты университетов и хиппи призывали: «Make Love not War!», втыкая гвоздики в дула винтовок национальных гвардейцев. Память о тех бурных протестах до сих пор жива в американском обществе. Частично памяти посвящена и последняя Нобелевская премия по медицине, которой отметили открытие довольно сложной сети определения положения в мозгу животных. В связи с этим достижением высказывалась мысль, что мозг грызунов намного прощще человеческого, поэтому нельзя непосредственно переносить мышину GPS в наш мозг. Однако

как свидетельствуют сотрудники Калифорнийского университета в городе Дэвис, даже мозг мыши не так прост. Для доказательства этого постулата они использовали оптогенетику, позволяющую «нацеленно» стимулировать отдельные нервные клетки с помощью лазерного луча. Авторы статьи показали, что включённая лазером активность клеток памяти гиппокампа — извилины морского конька на основании височной доли — весьма широко распространяется по всему мозгу. Сигналы из гиппокампа поступают в затылочную кору с её зрительными нейронами, устремляются к полюсу височной доли и её слуховой коре, а также вперёд к полюсам лобных долей и их медиальной коре. Столь обширное распространение активности в мозгу подтверждает высказанную ещё 40 лет назад одним из авторов гипотезу, согласно которой формирование памяти в гиппокампе является довольно локальным процессом, а вот её извлечение требует включения всего мозга. Но на протяжении десятилетий доказать это без оптогенетики было невозможно. Так что будущим поколениям невропатологов и нейрохирургов необходимо будет учитывать этот факт, когда они с помощью нервных стволовых клеток будут осуществлять «полное восстановление памяти» (Total Recall).

Учёные Рокфеллеровского университета в Нью-Йорке изучали гормон любви и преданности под названием окситоцин и его белковые рецепторы на поверхности нейронов, расположенные на медиальной поверхности предлобных отделов коры (medial Pre-Frontal Cortex — mPFC). Считается, что этот отдел коры связан с генерированием эмоций и связанным с ними поведением человека и животных. Речь в экспериментах учёных шла, конечно же, о мышах, самки которых, как

и всех других млекопитающих, время от времени пребывают в состоянии «эструса» (течка — отсюда название гормона эстрогена), подразумевающего большую склонность самок к ухаживанию со стороны самцов (courtship). Окситоцин определяет также образование стойких пар, заботу о потомстве и многое-многое другое, что связано с социо-сексуальным поведением животных и людей.

Контролируют его рецепторы окситоцина на мембранах особых звёздчатых нейронов медиальной поверхности префронтальной коры, о которой говорилось выше. Активность генов, отвечающих за синтез белковых рецепторов, увеличивается по мере приближения эструса у самки, когда она начинает проявлять повышенный интерес к самцам. «Направленное» подавление этих генов приводит к тому, что самки даже в состоянии течки подобного интереса не проявляют. Авторы пишут также, что такой социо-сексуальный дефицит наблюдается и при выключении генов рецепторов в mPFC, а также при вливании мышам антагониста рецепторов, блокирующего его «место» связывания гормона любви и наслаждений.

Результаты трёх новых работ показывают, насколько реален прогресс, достигнутый в биологии с 2005 г., когда супруги Мозеры, получившие вместе с О'Кифи премию по медицине за 2014 г., сделали своё открытие «Сети»-Grid, не говоря уже о 1971 г., когда были выявлены «клетки места» (Place Cells). Хочется надеяться, что врачам и биологам не понадобится ещё 40 лет, чтобы поставить все эти открытия и достижения на службу людям.

Игорь ЛАЛАЯНЦ,
кандидат биологических наук.

По материалам Cell, Neuron.

Гипотезы

Американские учёные совершили прорыв в изучении возможностей бактериальной терапии рака. Эксперименты на крысах, собаках, а также пока единственный случай клинического испытания метода показали, что инъекция ослабленной версии почвенной бактерии Clostridium novyi непосредственно в злокачественную опухоль обеспечивает её значительное сокращение и даже полное исчезновение.

На тот факт, что бактериальные инфекции при онкологических заболеваниях в некоторых случаях способствуют излечению от рака, врачи обратили внимание около 200 лет назад. Так, в 1890-е годы нью-йоркский хирург Уильям Коли сравнительно успешно лечил онкологических больных с помощью инъекций в опухоль или внутривенного введения различных видов патогенных бактерий. Однако затем более современные виды терапии рака заставили забыть о методе Коли.

Тем временем проведённый в 1999 г. анализ данных о его опытах заставил предположить, что уровень выживаемости пациентов при бактериальной терапии сравним с таковым при современных методах лечения рака.

Бактериальная терапия рака?

Группа специалистов по генетике онкологических заболеваний из Университета Дж. Хопкинса в течение последнего десятилетия изучает действие различных видов бактерий на раковые опухоли. В конце концов учёные сосредоточили своё внимание на почвенной бактерии Clostridium novyi. Для «процветания» этого микроорганизма необходима бедная кислородом окружающая среда, которая как раз присутствует в опухолевых клетках.

Исследователи создали ослабленную версию бактерии, удалив один из её обеспечивающих синтез токсина генов и сделав таким образом микроорганизм более безопасным для терапевтического использования.

Эксперименты на крысиной модели рака головного мозга — глиоме — продемонстрировали, что инъекции нового штамма бактерий непосредственно в опухоль вызывают её значительное уменьшение в объёме. Такого рода терапия также почти вдвое продлила жизнь больных животных в сравнении с

теми, кто её не получал. Микроскопическое исследование показало: бактерии активно атакуют и разрушают опухолевые клетки, в которых наблюдается дефицит кислорода, и тщательно избегают полных кислорода здоровых клеток, расположенных всего в нескольких микрометрах от раковых.

Поскольку результаты опытов на искусственных экспериментальных моделях зачастую не дают возможности предсказать реакцию на терапию человеческого организма, авторы приняли решение продолжить исследование на спонтанно развившихся раковых опухолях у собак. Эти животные были выбраны в качестве промежуточного объекта исследования перед клиническими испытаниями метода ввиду большого генетического сходства между онкологическими заболеваниями у собак и человека.

Было отобрано 16 больных раком домашних собак, попытки лечения которых стандартными методами не принесли результата.

ФГБУ «ЦНИИС и ЧЛХ» Минздрава России

объявляет конкурсный отбор на замещение вакантных должностей:

Группа функциональной диагностики

Главный научный сотрудник, д.м.н., к.м.н.

ОТДЕЛ ОРГАНИЗАЦИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ, ЛИЦЕНЗИРОВАНИЯ И АККРЕДИТАЦИИ

Старший научный сотрудник, д.м.н., к.м.н., 0,5 ст.

ОТДЕЛ РАЗРАБОТКИ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНЫХ МЕТОДОВ РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ

Старший научный сотрудник д.м.н., к.м.н., 0,5 ст.

ОТДЕЛ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Кариесологии и эндодонтии

Научный сотрудник, к.м.н. б/с.

Группа пародонтологии

Главный научный сотрудник, д.м.н., к.м.н.

Старший научный сотрудник, д.м.н., к.м.н., 0,5 ст.

ОТДЕЛ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Старший научный сотрудник, д.м.н., к.м.н.

Научный сотрудник, к.м.н., б/с, 0,5 ст.

Младший научный сотрудник, к.м.н., б/с, 0,5 ст.

Группа клинической и экспериментальной имплантологии

Ведущий научный сотрудник, д.м.н., к.м.н.

Старший научный сотрудник, д.м.н., к.м.н.

ОТДЕЛ ПРОФИЛАКТИКИ

Старший научный сотрудник, д.м.н., к.м.н.

ЛАБОРАТОРИЯ РАЗРАБОТКИ И ФИЗИКО-ХИМИЧЕСКИХ ИСПЫТАНИЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ

Старший научный сотрудник, д.м.н., к.м.н. — 2 ед.

Приём документов — месяц со дня публикации объявления.

Адрес: **ул. Тимура Фрунзе, 16, Москва 119991.**

Тел. **(499) 246-44-49.**

Жизнь как она есть

Патологическое самолюбование

За последние 3-4 года в развитых странах социологи отмечают стремительный рост спроса среди населения на эстетические хирургические операции области лица.

По мнению специалистов из Американской академии пластической и реконструктивной хирургии, такой всплеск желания изменить свою внешность связан с популярностью селфи в социальных сетях.

Согласно опросу, проведённому в 2013 г., по сравнению с годом 2012-м, в США было проведено на 10% больше операций по ринопластике, на 7% — по пересадке волос и на 6% — по подтяжке век.

Примечательно, что большинство хирургов, выполнявших эти вмешательства, подчеркнули, что

многие из их пациентов приходили и приходят к ним со смартфонами и показывают свои селфи, толкнувшие их на этот шаг.

Специалисты обеспокоены, что по причине распространения такого явления, как селфи, многие их пациенты доверяют своим автопортретам больше, чем зеркалу, и когда врачи пытаются объяснить, что сами фотографии чаще всего искажают внешность человека, пациенты часто продолжают настаивать на операции.

Оперировать в таких случаях или нет — вопрос философский.

Алина КРАУЗЕ.

МИА Сито!

По сообщению The Telegraph.

Почему?

терапии стала деструкция кости вследствие быстрого разрушения опухоли, а также резкая воспалительная реакция и формирование абсцесса на месте инъекции. В итоге пациентка скончалась, но не из-за этих побочных эффектов, а из-за метастазов в другие области организма.

Как рассказал ведущий автор исследования Шибин Чжоу, клинические испытания бактериальной терапии рака будут продолжены и расширены. Планируется дальнейшее тестирование безопасности такого метода и его эффективности в отношении различных видов рака. Кроме того, будет исследована возможность комбинирования бактериальной терапии с традиционными методами лечения онкологических заболеваний, такими как химиотерапия и лучевая терапия.

...Исследования идут, а рак тем временем пятится... вперёд!

Марк ВИНТЕР.

По материалам журнала ScienceTranslational Medicine.

Манекены, традиционно используемые при испытаниях автомобилей на безопасность, отличаются слишком спортивным телосложением и не отражают склонность человечества к полноте. Не пора ли им потолстеть?

В современном мире, помешанном на субтильных моделях, решение производителя наладить выпуск манекенов «в теле» может показаться странным. Но именно на этот шаг пошла в прошлом году компания Humanetics из штата Мичиган – мировой лидер по производству манекенов для краш-тестов. Ожидается, что новая линейка таких изделий поможет спасти больше жизней на дорогах.

Когда мы были худенькими

Впервые о безопасности водителей и пассажиров автомобилей задумались после того, как ирландский учёный-энтомолог Мэри Уорд стала первой в мире жертвой автотранспортного происшествия. Её сбросило с пассажирского сиденья паровой повозки на крутом повороте.

К 1930-м годам исследователи приступили к серьёзному изучению проблемы безопасности на дорогах. Поначалу в краш-тестах автомобилей использовались трупы; в этой работе участвовали и смелые (если не сказать – безрассудные) добровольцы. В 60-е годы компания Humanetics первой стала применять манекены с целью стандартизации испытаний.

Манекены тех времён весили 77 кг, что соответствовало весу среднего американца мужского пола. Постепенно манекен-мужчина обзавёлся женой и детьми, такими же, как и он сам, манекенами. Сейчас существуют даже манекены домашних животных. Остаётся неизменным одно: в американских краш-тестах за руль автомобиля всегда сажают манекен, представляющий собой мужчину с усреднёнными параметрами роста и веса.

И в этом кроется проблема. С 1960-х годов люди в целом прибавили в весе – не только в США, но и во многих других странах мира. Средний вес мужского населения давно перевалил за 77 кг. Казалось бы, ничего не значащая мелочь, но, по данным Humanetics, у склонных к полноте на 78% выше вероятность погибнуть в аварии, чем у людей среднего веса. Поэтому в начале 2014 г. компания объявила о том, что начинает выпускать «полные» манекены. Новая модель будет весить на 45 кг больше (123 кг).

Врачебная тайна

Доктора на службе ЦРУ

В англоязычной прессе активно обсуждается роль врачей в программе ЦРУ по применению «особых методов при допросах с пристрастием», получившей огласку после публикации доклада сената США. Особое внимание привлекли инструкции, которые врачи давали ЦРУ.

«Доклад о пытках ЦРУ – сплошная брехня, говорит советник ЦРУ по пыткам», – таким был один из заголовков в прессе.

«Прошло больше 10 лет с тех пор, как доктор Митчелл и доктор Брюс Джессен положили начало осуждённой недавно всем миром программе допросов «с пристрастием» подозреваемых боевиков «Аль-Каиды». Основанная врачами частная компания Mitchell Jessen and Associates заключила контракт с ЦРУ, который принёс им 81 млн долл. с 2002 по 2009 г.», – сообщает пресса. Эти врачи предложили ЦРУ использовать такие методы, как лишение сна, имитация утопления и напряжённые позы, для допросов

Ракурс

Ближе к жизни

Манекены для краш-тестов станут толще



Трое в авто, считая собаку

С тех пор, как для краш-тестов стали использовать манекены, уровень безопасности, несомненно, повысился – в развитых странах количество людей, погибающих на дорогах в современных моделях автомобилей, стабильно сокращается. Но смогут ли нововведения в этой области дополнительно повлиять на статистику травматизма?

Цзинвэнь Ху, младший научный сотрудник Научно-исследовательского института транспорта при Мичиганском университете, считает, что это возможно. Команда учёных, в которой задействован и Ху, работает над тем, чтобы заменить реальные манекены виртуальной моделью человеческого тела.

«Наш подход более универсален, чем навешивание «лишних» килограммов на пластмассовую куклу», – объясняет он. – Манекен – слишком упрощённая модель человека. Наша же модель будет способна симулировать происходящее при аварии с костями, тканями и внутренними органами».

Исследования в этом направлении ведутся уже не один год. Международная организация по моделированию человеческого тела (Global Human Body Models Consortium), объединяющая автопроизводителей и поставщиков комплектующих частей, последо-

вательно лоббирует разработку виртуальных моделей, позволяющих более точно воспроизводить разнообразие параметров водителей и пассажиров транспортных средств, включая их вес и возраст.

Параметры виртуальной модели человеческого тела можно варьировать, подгоняя их под физические характеристики разных водителей и пассажиров, особенно для наиболее уязвимых при аварии

категорий, таких как подростки и люди пожилого возраста.

«Мы можем задавать возраст, пол, индекс массы тела и рост», – говорит Ху. При этом программа автоматически корректирует такие показатели, как плотность костной ткани (которая с возрастом снижается, приводя к более серьёзным травмам при прочих равных условиях), а также размеры и расположение внутренних органов.

Хотя настройка виртуальной модели отличается высоким уровнем автоматизации, на неё уходит несколько часов. А чтобы создать соответствующее программное обеспечение, требуется ещё больше времени. Необходимо обработать большой массив данных о характере повреждений человеческого тела в реальных автоавариях. Именно этим и занимаются Ху с коллегами.

Союз врачей и инженеров

«Мы исследуем сотни сканов компьютерной томографии, полученных из больниц», – объясняет Ху. Затем при помощи статистического анализа высчитываются вариации в размерах отдельных частей скелета (например, грудной клетки, бедренных и тазовой

костей) в зависимости от возраста и пола пострадавших. В распоряжении команды Ху имеется также трёхмерный медицинский сканер, при помощи которого измеряются физические параметры сотен здоровых людей. Таким образом набирается необходимая статистика. Для точного моделирования каждой кости скелета используется от 50 до 100 томографических сканов.

Ху, как и многие другие члены исследовательской команды, может похвастать одновременно техническим и медико-биологическим образованием. Многие из учёных, задействованных в программе, – инженеры, дополнительно изучившие основы анатомии, чтобы иметь возможность работать на стыке наук.

Точная виртуальная модель человеческого тела – только начало. Чтобы применить компьютерную модель на практике, необходимы также виртуальные автомобили, в точности моделирующие поведение машины во время аварии. Пока соответствующих программ создано не так много, но их число неуклонно растёт.

Со временем, по мере увеличения доступных учёным компьютерных мощностей, виртуальные испытания станут обычным делом. Маловероятно, что компьютерные модели когда-нибудь полностью заменят тесты с использованием манекенов, но они могут стать полезным дополнением. Например, виртуальные краш-тесты пришлось бы кстати при покупке автомобиля – у покупателя появилась бы возможность посмотреть, насколько безопасной является та или иная модель автомобиля при его росте, весе и возрасте.

Кстати

Яблоко раздора

Молодая медсестра Сара МакКаффри опаздывала на работу и на бегу захватила с собой яблоко. За рулём начала грызть. В её правой руке – яблоко, в левой – руль. За этим занятием её и увидел полицейский констебль.

Он остановил Сару, пояснил ей, что по закону она обязана полностью контролировать своё транспортное средство и управлять им обеими руками. Констебль сообщил, что это нарушение (читай – яблоко) обойдётся ей в 30 фунтов стерлингов и выписал штрафной талон.

Она отказалась платить, довела дело до суда и в своих показаниях заявила, что полностью контролировала свою машину, несмотря на злополучное яблоко. Суд затребовал у полиции обоснования своих действий по полной программе. Пришлось представить фотографии с высоты птичьего полёта, то есть послать вертолёт с фотографом, затем бригаду с видеооператором для съёмок того самого угла и прилегающих к нему улиц.

На заседании суда стражи закона были во всеоружии. Девушка, соответственно, его проиграла, и судья определил ей уже не 30, а 80 фунтов штрафа. Правда, проницательные журналисты быстро подсчитали, что операция «Яблоко» обошлась полицейскому управлению тысяч в десять, а может, даже и больше.

Но дело не в деньгах, а в принципе – закон надо соблюдать, и стражи закона должны обеспечивать его выполнение! Главное, чтобы был порядок. Чтобы за руль все держались обеими руками. Чтобы в авариях меньше погибали.

На 100 тыс. населения в Британии в год погибает 12 человек, а в России – 49. Это при том, что в России большинство жителей живёт в сельской местности и машин вообще не имеет, а в Англии, наоборот, не сыщешь семьи без автомобиля.

И ещё. В России квартала не проедешь, чтобы не натолкнуться на инспектора ГИБДД. В Англии транспортную полицию не слышно и не видно.

Однако

Не могу молчать

Пациентка разговаривала с врачами во время операции по удалению раковой опухоли головного мозга. Это событие произошло в Центральной клинической больнице города Катовице на юго-западе Польши.

19-летняя Ига Ясика проснулась ещё до окончания манипуляций врачей. Её мозг был открыт. Пациентка говорила о любимых кошках. Оперировавший девушку профессор Давид Лариж утверждает, что при этом молодая женщина была не в состоянии видеть или чувствовать что-нибудь. Медики предполагают, что какое-то воздействие манипуляций на мозг привело к тому, что анестезия перестала действовать.

По мнению хирургов, разговор в этом состоянии ничем не угрожал пациентке. «Она была вне опасности», – уверяет Давид Лариж.



Подготовил Юрий БЛИЕВ,
обозреватель «МГ».

По материалам сайта BBC Future, The Independent, BuzzFeed, New Yorker, The Mirror.

Всё большую популярность среди собаководов страны завоевывают сибирские хаски. Вот и на днях в Московском парке «Сокольники» прошла реабилитационно-образовательная программа «По пути с хаски» для учащихся коррекционных школ и ребят с ограниченными возможностями здоровья.

Программа проводилась под эгидой детско-оздоровительного лагеря «Большое Приключение» в Карелии под руководством известных путешественников Дмитрия и Матвея Шпаро и при поддержке правительства Москвы.

Активным участником мероприятия также стал Уполномоченный при Президенте РФ по правам ребёнка Павел Астахов – в нескольких программных заездах он даже выступил в роли каюра. Вот что он сообщил нам в перерыве между гонками: «Я вырос вместе с лайками, они всегда были дома у моего отца. Поэтому уверенно могу сказать, что для детей с проблемами здоровья общение с собаками не просто развлечение, а необходимость. Собака дарит человеку своё тепло и любовь совершенно безвозмездно. Это – одна из самых лучших терапий».

Детский спортивно-оздоровительный лагерь «Большое Приключение» открылся в Республике Карелия в 2000 г. Сегодня такие лагеря есть в Подмосковье, Краснодарском крае и в Крыму. Основным методом в работе с детьми-инвалидами здесь является погружение в путешествие. Хаски вместе с детьми ходят в походы. Каждая собака готовится индивидуально под конкретного пациента – если у ребёнка, например, плохо работает правая рука, хаски тренируют так, чтобы она подходила к нему только с правой стороны. Дети тоже помогают собакам, особенно, когда надо перенести четвероного друга через реку.

В реабилитационной программе в Сокольниках участвовали 30 из 60 собак карельского лагеря. Голубоглазые четвероногие друзья подарили гостям массу впечатлений. Ребята ждали занятия по освоению навыков туризма и работы с ездовыми собаками – как правильно распределить животных в связке, чем кормить и как управлять санями. Также дети и подростки познакомились

Душевное дело

На санях с собаками — за здоровьем

Оказывается, для детей это одна из самых лучших терапий



Матвей Шпаро редко надолго расстанется со своими питомцами

с историей хаски, научились ориентироваться на местности, узнали много интересного о покорении Севера. Всего в программе приняли участие около 500 учащихся из 45 коррекционных образовательных учреждений, воспитанников детских домов и психоневрологических интернатов Москвы. Слабослышащие и слабовидящие, с задержками и недостатками интеллекта, имеющие различные формы ДЦП, при которых возможно самостоятельное передвижение. На сегодняшний день уже доказан один положительный эффект: слабослышащие ребята после общения с хаски перестают стесняться «разговаривать» жестами на людях, избегают от других ненужных комплексов.

А если вообще немного заглянуть в суть предмета, то станет очевидным, что общение с собаками, или канистерапия давно используется для лечения таких заболеваний, как детский цере-

бральный паралич и аутизм. Ещё в 1960 г. американский детский психиатр Борис Левинсон заметил положительные реакции у детей-пациентов, которые приходили на приём со своими собаками. С этих пор методика получила признание учёных во всём мире. Канистерапия успешно способствует развитию умственных и эмоциональных способностей, улучшению двигательных функций и моторики, усилению эффективности развития личности при коррекции и социальной адаптации с особенностями развития. Хаски, обладая качествами, сходными с человеческими, – эмоциональностью, способностью выражать свои переживания действиями и звуками, – легко обучаются и всегда откликаются на команды маленького хозяина.

На прощание Матвей Шпаро заметил: «Парадоксально, что практически в центре Москвы нашлись такие необъятные леса,

как здесь, в Сокольниках. И дети получают «порцию» здоровья, общаясь с хаски, плюс горячий обед. В следующем году планируем пригласить сюда детей вдвое больше, чем в этом. А у меня самого... 60 собак. Мои дочки Вика и Катя их обожают. Приезжают в лагерь в Карелию

и находят своих любимцев, с которыми подружились в прошлом году. Или, наоборот, собаки их находят».

Вячеслав СВАЛЬНОВ,
корр. «МГ».

Москва.

Фото Юрия ЛУНЬКОВА.



Упряжка карельских ездовых собак уверенно осваивает московский парк Сокольники

Имена и судьбы

Весной 2012 г. «Медицинская газета» опубликовала корреспонденцию «Абстракции доктора Габо» (см. № 17 от 14.03.2012), в которой было рассказано о жизни и творчестве врача и в то же время интересного художника-авангардиста. А в этом году исполняется 115 лет со дня рождения Наума Абрамовича Певзнера (таково его настоящее имя).

Родившийся в 1890 г. в Брянске Наум Габо ещё при жизни получил широкую известность за рубежом, и работы скульптора хранятся во многих музеях Западной Европы и Америки. К сожалению, и на его малой родине, и вообще в нашей стране мало что известно об одном из авторов знаменитого «Реалистического манифеста». Вот что мне удалось дополнительно узнать за истёкшее после той публикации в «МГ» время.

Когда в августе 1977 г. в газетах появилось сообщение о смерти Наума Габо, брянским исследователям удалось установить некоторые факты из биографии семьи. В своё время в Привокзальной слободе дореволюционного города проживала швея с двумя детьми. Здесь, неподалёку от

Слово и дело доктора Габо

Медицинские знания емугодились в практике скульптора

дома местного врача, находились пошивочная мастерская и работавший на нужды армии сахарный завод. Пошив солдатского белья и подработка на этом пищевом предприятии позволяли женщине содержать семью.

В 1910 г. Наум уехал в Германию и поступил на медицинский факультет Мюнхенского университета. Получив диплом врача, он занялся частной медицинской практикой, которая и давала ему позже средства к существованию во время длительных скитаний по свету. Во время учёбы будущий доктор увлёкся лекциями известного швейцарского искусствоведа Генриха Вольфлина, который пропагандировал свои методы видения художественных произведений как систему абстрагированных форм в искусстве. Взгляды профессора настолько заинтересовали студента, что он решил применять их в сво-

ём художественном творчестве скульптора.

Когда перед самым началом Первой мировой войны приехал в Мюнхен брат Антуан, Певзнер заинтересовал мастерские Альфреда Буше, в которых собирались «художники-вольнодумцы». Дошло до того, что молодые авангардисты начали подумывать об открытии выставки в России. Однако начавшаяся война перечеркнула все планы. Первую персональную выставку Наум Певзнер организовал ровно 100 лет назад (ещё одна круглая дата) в Норвегии под именем Наум Габо (Габриэль). Собрание необычайных конструкций (скульптор создавал свои произведения из мерцающих, переливающихся различными цветами нитей) привлекло внимание посетителей, и с тех пор Наум стал пользоваться этим псевдонимом постоянно.

Весной 1917-го братья верну-

лись в Россию, где после Октябрьской революции скульптор одно время даже работал в отделе изобразительного искусства при тогдашнем Наркомпросе. А в 1920 г. братья выпустили тот самый «Реалистический манифест».

Перечитываю сейчас строки, сделанные мною в пору студенчества на факультете журналистики МГУ им. М.В.Ломоносова в тогдашней Ленинской библиотеке. Главная мысль этого произведения: «Пространство и время – единственные формы, в которых строится жизнь, и, стало быть, должно строиться искусство».

Развивая свои новаторские идеи, Наум Габо создал концепцию «конструктивной скульптуры»: «...Я строю её образ из ничего. Образ рождается изнутри, и пространство также является важной его частью...»

Однако со временем в родной

стране подобные мысли попали в разряд крамольных, и, выехав в 1922 г. за границу для организации очередной выставки, скульптор решил не возвращаться на Родину. Он жил во Франции, Англии, потом переехал в Америку. В Советском Союзе скульптор смог побывать лишь во времена «хрущёвской оттепели», в 1962 г.

Мне, к сожалению, только в репродукциях удалось познакомиться с работами своего знаменитого земляка. А ведь он всю свою долгую жизнь, следуя принципам конструктивизма, непрерывно создавал новые реальности, приносящие настоящую радость любителям искусства. Его скульптуры установлены даже на улицах западных городов.

Василий ШПАЧКОВ,
соб. корр. «МГ».

Брянск.

