

Медицинская

21 марта 2018 г.
среда
№ 11 (7827)

Газета®

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВРАЧЕБНОЕ ИЗДАНИЕ
Основано в 1893 году. Выходит один раз в неделю
Распространяется в России и других странах СНГ
www.mgzt.ru

Работают мастера

Главное – рождение здорового ребёнка

Уникальные операции дают отличные результаты



Результатом мастерства специалистов роддома № 3 Владивостока, в частности – гинекологического отделения медицинского учреждения и его экстренной службы эндоскопической хирургии – единственной в системе родовспоможения Приморского края – становятся не только спасённые жизни пациенток и сохранение их репродуктивного здоровья, но и рождение здоровых малышей.

По словам Светланы Сагайдачной, главного врача Владивостокского клинического родильного дома № 3, специалисты данного подразделения ежегодно выполняют более 4 тыс. операций, оказывая помощь женщинам со

В обстановке сложнейшего напряжения

всего региона. При этом особое место среди всех хирургических вмешательств занимают операции, проводимые пациенткам на различных сроках беременности – от 16 до 38 недель с последующим родоразрешением. Они связаны с удалением доброкачественных новообразований, угрожающих жизни матери и ребёнка.

Перед бригадой врачей ставится сложнейшая задача – не просто ликвидировать опухоль, а сохранить репродуктивное здоровье пациентки и её развивающуюся беременность. Эти операции относятся к разряду высокотехнологичной медицинской помощи. Они осуществляются лапаротомным доступом, с применением

кровосберегающих технологий, и требуют от хирургов высочайшего мастерства и выдержки.

В минувшем году сотрудниками отделения гинекологии «третьего» роддома Владивостока было выполнено восемь таких операций, каждая из которых завершилась успешно. Всего же на счету специалистов учреждения – порядка 60 подобных вмешательств. Самым сложным из них сами медики называют удаление миоматозных узлов у пациентки со сроком беременности в 16 недель, когда опухоль располагалась всего лишь в нескольких миллиметрах от эмбриона.

(Окончание на стр. 2.)



Давид ЗАРИДЗЕ,
заведующий отделом
эпидемиологии и профилактики
НМИЦ онкологии им. Н.Н.Блохина,
член-корреспондент РАН:

Обследования, включённые в программу диспансеризации, – это «оппортунистический» скрининг в худшем его исполнении.

Стр. 4

Николай МОТУЗОВ,
заведующий Невинномысским
филиалом краевого клинического
противотуберкулёзного диспансера:

К сожалению, у нас нет законодательства, которое бы ограничивало передвижение больных с открытой формой туберкулёза, то есть эпидемиологически опасных.

Стр. 5



Валерий ПУЗЫРЁВ,
научный руководитель НИИ
медицинской генетики Томского
НИМЦ, академик РАН:

Подготовка кадров для науки и здравоохранения с учётом скорого появления целой серии инновационных генетических и постгеномных технологий – вопрос чрезвычайно важный.

Стр. 12

Тенденции

Чтобы тундровик был здоров

В Ямальском центре медицинской профилактики подвели итоги обследования коренных малочисленных народов Севера.

Мобильный центр здоровья пользуется большой популярностью у представителей коренных народов Севера. Всего за 2 дня традиционных соревнований оленеводов на Кубок губернатора Ямало-Ненецкого автономного округа «Автобус здоровья» посетили около 100 человек. Из них 70% – это жители тундры, ведущие кочевой образ жизни.

– По итогам работы можно сделать вывод, что посетив-

шие наш мобильный центр коренные жители, неплохо осведомлены о принципах здорового образа жизни и в целом стараются его придерживаться, – сказал главный врач окружного центра медицинской профилактики доктор медицинских наук Сергей Токарев.

На нынешнюю встречу с медиками пришли несколько тундровиков, побывавших на аналогичном обследовании год назад. В динамике их показатели здоровья улучшились.

Александр МЕЩЕРСКИЙ.

Ямало-Ненецкий автономный округ.

Начало

Реабилитация с комфортом

Отделение с круглосуточным пребыванием для детей с ДЦП открылось в Омском центре медицинской реабилитации, расположенном в сосновом бору в селе Чернолуцье.

В этом бюджетном учреждении здравоохранения дети-инвалиды Приртышья получают санаторно-курортное лечение и проходят комплексную реабилитацию. Центр функционирует круглогодично.

Новое отделение предназначено для реабилитации детей с тяжёлыми двигательными нарушениями.

Для ребятшек с ДЦП созданы все необходимые условия. В течение курса реабилитации они могут получать самые разнообразные услуги. В отделении функционирует кабинет кинезиотерапии, оснащённый современным оборудованием, используются уникальные аппараты для общей магнитотерапии, физиотерапии и бальнеолечения, организованы индивидуальные занятия по лечебной физкультуре и медицинский массаж.

Здесь внедрён мультидисциплинарный подход, каждый пациент находится под опекой нескольких специалистов.

Очень важно, что пребывать в этом отделении может не только ребёнок, но и мама, так как в силу особенностей воспитания таких детей, чаще всего и они ограничены в возможностях получить полноценное санаторно-курортное лечение. В течение года курс реабилитации здесь будут проходить 150 детей с тяжёлыми двигательными нарушениями.

Татьяна БЕРЕЗОВСКАЯ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

Stormoff®
СЕРВИСНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КОМПАНИЯ

Сервисное обслуживание
медицинской техники

- Комплексное обслуживание ЛПУ
- 60 сертифицированных сервисных инженеров
- Сертификаты ведущих производителей
- Лицензия на использования ИИИ
- Лицензия на метрологическое обслуживание
- 300 единиц подменного оборудования

+7 (495) 780-76-90; service@stormoff.com
www.stormoff.com

Новости

Предупреждать заболевания
надо уметь

Ставропольский краевой специализированный центр профилактики и борьбы со СПИДом и инфекционными заболеваниями в числе лучших по стране, что показали итоги конкурса в рамках III Всероссийского форума для специалистов по профилактике и лечению ВИЧ/СПИДа, который прошёл в Москве.

«Достучаться» до граждан с информацией о проблеме ВИЧ/СПИДа специалисты краевого центра пробовали самыми различными способами: через телевидение, радио, газеты, интернет-площадки, баннеры наружной рекламы и т.д. Как показала практика, в ходе кампании хорошо зарекомендовал себя способ распространения информационных материалов – брошюр, буклетов в местах большого скопления людей. Конечно же не остались без внимания учебные заведения и трудовые коллективы.

В рамках акций впервые проводилось экспресс-тестирование на ВИЧ по слюне, что вызвало большой интерес у жителей Ставропольского края.

Как результат такой активной просветительской деятельности краевого центра – возросла информированность молодёжи по профилактике ВИЧ/СПИДа, снизился удельный вес возрастной группы 20-29 лет в структуре впервые выявленных с ВИЧ-инфекцией.

Рубен КАЗАРЯН.

Ставропольский край.

Не дозвонились? Перезвоним!

Благодаря реорганизации работы регистратуры консультативной поликлиники Кемеровской областной клинической больницы им. С.В.Беляева учреждение перестало терять до 150-170 пациентов в день.

Главная клиническая больница Кузбасса приступила к преобразованиям в формате «Бережливая поликлиника». В частности, были разделены функции сотрудников регистратуры в консультативной поликлинике ОКБ: регистраторы стали общаться исключительно с теми, кто прибыл на приём, а отвечать на телефонные звонки начали специальные операторы. В результате очередь заметно поредела. А дозвониться в поликлинику стало намного проще: мини-АТС стала фиксировать все входящие звонки и выделяет пропущенные вызовы. В дальнейшем первый освободившийся оператор сам связывается с недозволившимся абонентом, а таких набирается 150-170 за день. В коридорах разместили напольные, настенные и подвесные указатели кабинетов и поэтажные планы учреждения. Более «читабельным» сделали расписание работы врачей. Ввели должность администратора холла: он отвечает на любые вопросы.

Продолжаются здесь и работы по созданию доступной среды для инвалидов. У основания высокой лестницы перед входом в поликлинику недавно появилась кнопка для вызова персонала. А в помещении было смонтировано рифлёное напольное покрытие для слабовидящих и развешены указатели, выполненные с использованием шрифта Брайля.

Чтобы понять насколько удобны эти преобразования и что необходимо учесть ещё, администрация ОКБ теперь регулярно проводит анкетирование пациентов.

Валентина АКимова.

Кемерово.

Помощь здравоохранению

Подписано соглашение о сотрудничестве между правительством Ярославской области и Ярославским государственным медицинским университетом.

Соглашение подписали заместитель председателя правительства Игорь Селезнёв и ректор ЯГМУ профессор Алексей Павлов.

Соглашение определяет направления совместной работы вуза и регионального правительства по подготовке качественных медицинских кадров, в нём заложены параметры тесного взаимодействия коллектива профессорско-преподавательского состава университета с лечебными учреждениями, а также основы экспертной работы сотрудников вуза в реформировании регионального здравоохранения.

Как отмечалось на заседании, выход на новый уровень взаимодействия ЯГМУ с правительством области окажет плодотворное влияние на повышение эффективности оказания медицинской помощи и совершенствование системы регионального здравоохранения в целом.

Владимир КОРОЛЁВ.

Ярославль.

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

Работают мастера

Главное — рождение
здорового ребёнка

(Окончание. Начало на стр. 1.)

Уникальная операция прошла в обстановке сильнейшего напряжения: она сопровождалась вскрытием полости матки, и через операционную рану бригада могла наблюдать плодный пузырь с развивающимся в нём младенцем. Слаженная работа хирургов, и ювелирная точность их движений позволили оказать необходимую помощь женщине, сохранив при этом её жизнь, беременность и матку – как колыбель для вынашивания последующих малышей.

Операция прошла без осложнений, и её главным успехом стало рождение у пациентки здорового, крепкого мальчика. Более того, спустя некоторое время эта женщина смогла вновь испытать радость материнства – у неё появился на свет ещё один сын, а сегодня она готовится к рождению третьего ребёнка – долгожданной девочки.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Владивосток.

В центре внимания

Встреча на берегах Невы

Владимир Путин активно общается с медиками

Недавно Президент России Владимир Путин посетил Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А.Алмазова в Санкт-Петербурге. Здесь состоялась продолжительная беседа главы государства с представителями медицинского сообщества, пациентских организаций, образовательных учреждений и врачебных ассоциаций России. Но прежде В.Путин познакомился с работой медицинского учреждения. Генеральный директор центра Евгений Шляхто продемонстрировал ему гибридную операционную, аналогов которой в нашей стране ещё нет.

Перед началом встречи Президент РФ вручил высокую государственную награду «Знак наставничества» – ректору Самарского государственного медицинского университета академику РАН Геннадью Котельникову.

– Геннадий Петрович – выдающийся врач, настоящий учитель, наставник, подготовил более 80 учёных в области медицины, 25 докторов наук, воспитал целую плеяду замечательных врачей, – сказал В.Путин. – Хочу поблагодарить его за многолетний труд и пожелать новых успехов.

Главный врач Краснодарской детской краевой клинической больницы Елена Клещенко (её вопросы и небольшое выступление и стали исходной точкой деловой части встречи), обратила внимание главы государства на то, что 17 регионов нашей страны вообще не имеют областных больниц. В результате дети получают медицинскую помощь во взрослых лечебных учреждениях. Поэтому её вопрос звучал так: планируется ли правительством по аналогии с перинатальными центрами строительство детских больниц?



Президент РФ поздравляет Г.Котельникова

В ближайшие три года Правительство РФ выделит дополнительные финансовые средства на переоснащение детских поликлиник и консультативных отделений больниц. Для этого в федеральном бюджете предусмотрены 10 млрд руб. Что касается строительства детских больниц, то президента смущает, что деньги пойдут не на переоборудование и подготовку кадров, не на приведение в нужное состояние того, что есть, а на бесконечную стройку. Тем более что «при возведении новых объектов усущка, утриска и пересортица, к сожалению, труднопроверяемые вещи» (цитата из ответа на вопрос Владимиром Путиным). Но в некоторых территориях такие лечебные учреждения могут быть построены, если другие варианты не могут быть реализованы.

Была поднята на встрече и такая острая тема, как отношение к вакцинации. Президент РФ понимает, что тенденция на отказ от прививок может повлечь крайне негативные последствия.

«Возможно принятие каких-то административных решений. Нужно только делать это аккуратно, без административных окриков, – сказал он. – А лучше уповать на разъяснительную работу».

Затронув вопрос об оплате труда медиков, В.Путин заверил собравшихся, что правительство будет стремиться к тому, чтобы она по-прежнему росла по мере роста уровня средних заработных плат в регионах.

Алексей ПАПЫРИН,
обозреватель «МГ».

Санкт-Петербург.

События

Силой мозга и воображения

Учёные РНИМУ им. Н.И.Пирогова создали управляемую мысленными командами экзокисть

Роботизированный экзоскелет, которым можно управлять при помощи мысли, разработали в НИИ трансляционной медицины Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова. Реабилитационный комплекс создан специально для постинсультных и посттравматических больных.

– Человек, скажем, воображает движение кисти, «мозг-компьютер» распознаёт его намерение сделать движение, а экзоскелет его реально делает. Получается ментальная тренировка на воображение движений, и результат каждого воображения подкрепляется зрительным сигналом (биологическая обратная связь). На экране монитора пациент видит, как центральный кружок меняет яркость в зависимости от того, насколько точно распознаётся его намерение. Сигнал идёт с периферии за счёт того, что экзоскелет раскрывает кисть пациента. Запускаются такие механизмы нейропластичности мозга только с помощью активных двигательных упражнений. Но если у человека остаточные движения в результате пареза или инсульта выражены слабо, то единственный способ их запустить – воображение, – рассказал главный разработчик устройства Александр Фролов. – Смысл нашей



Человек воображает движение и получает обратную связь

тренировки в том, что человек воображает движение и получает обратную связь, насколько хорошо и сконцентрировано он это делает. Обычно у наших пациентов рука сжата, и когда экзоскелет её разжимает, то они получают положительное эмоциональное подкрепление. Если заставить их просто разжать руку, то у них это не получится, а когда это делает экзоскелет, пациенты понимают,

что могут это сделать, пусть и с помощью воображения.

Принцип работы комплекса заключается в том, что роботизированная экзокисть управляется командами головного мозга человека с использованием интерфейса «мозг-компьютер».

Александр ОДЕР,
МИА Cito!

Москва.

«Круглый стол»

Где нужнее волонтеры?

Основные направления деятельности волонтеров в здравоохранении и их взаимодействие в развитии движения с региональными органами власти в этой сфере обсуждены на «круглом столе» в Общественной палате РФ.

О работе созданного в октябре прошлого года Минздравом России на базе РНИМУ им. Н.И.Пирогова Федерального центра поддержки добровольчества в сфере охраны здоровья рассказал участникам встречи заместитель директора центра, председатель Всероссийского общественного движения «Волонтеры-медики» Павел Савчук. Он сообщил, что на официальных сайтах органов государственной власти субъектов РФ в сфере охраны здоровья запущен процесс создания страниц, информирующих о взаимодействии с некоммерческими организациями, проведен мониторинг потребности в волонтерской деятельности среди медицинских организаций регионов.

Это исследование, по словам П.Савчука, показало, что меньше всего процент обеспеченности волонтерами в Южном федеральном

округе – 28,2%, больше всех – в Приволжском – 56,3%. Наиболее востребованы волонтеры в помощи медицинскому персоналу, уходе за пациентами, при организации их досуга. «Сейчас готовятся предложения по определению механизмов допуска волонтеров в медицинские организации, разработка методических рекомендаций по организации волонтерской помощи в профилактическом и амбулаторном звеньях и многое другое», – сказал заместитель директора Федерального центра поддержки добровольчества в сфере охраны здоровья. Напомню, что этот центр был создан для выработки общих подходов к формированию и работе волонтерских движений, развития, методической поддержки и продвижения добровольческих инициатив, а также объединения ресурсов для решения проблем в сфере охраны здоровья россиян.

Участники «круглого стола» обсудили также вопрос создания всех необходимых условий для унифицированного учета и распространения добровольческой деятельности в сфере здравоохранения посредством единой информационной системы с использованием интернет технологий.

ВОД «Волонтеры-медики» создано в нашей стране в 2013 г. и уже объединяет 65 региональных отделений. В движении участвуют более 12 тыс. волонтеров, более 220 медицинских организаций и свыше 110 образовательных организаций высшего и среднего медицинского профессионального образования. В этом году, объявленном указом главы государства Годом волонтера, ВОД «Волонтеры-медики» реализует совместно с Российским обществом профилактики неинфекционных заболеваний, поддержанный Фондом президентских грантов проект «Карта медицинской профилактики социально значимых заболеваний в России».

Как заявил на совещании в Общественной палате РФ с региональными общественными палатами субъектов Федерации председатель совета Ассоциации волонтерских центров Артём Метелев, одна из главных целей Года волонтера – формирование инфраструктуры поддержки добровольчества.

Иван ВЕТЛУГИН.
МИА Сити!

Назначения

В Смоленском медуниверситете – новый ректор

Ректором Смоленского государственного медицинского университета на конференции коллектива тайным голосованием избран профессор Роман Козлов, исполнявший обязанности ректора с мая прошлого года.

Роман Сергеевич родился в 1972 г. в Смоленске. В 1995 г. окончил лечебный факультет СГМА. С 1995 по 1997 г. проходил клиническую ординатуру на кафедре клинической фармакологии СГМА, с 1997 по 1999 г. – очную аспирантуру на кафедре микробиологии СГМА. В 1999 г. защитил кандидатскую, а в 2004-м – докторскую диссертацию. В 2003 г. Роману Козлову при-

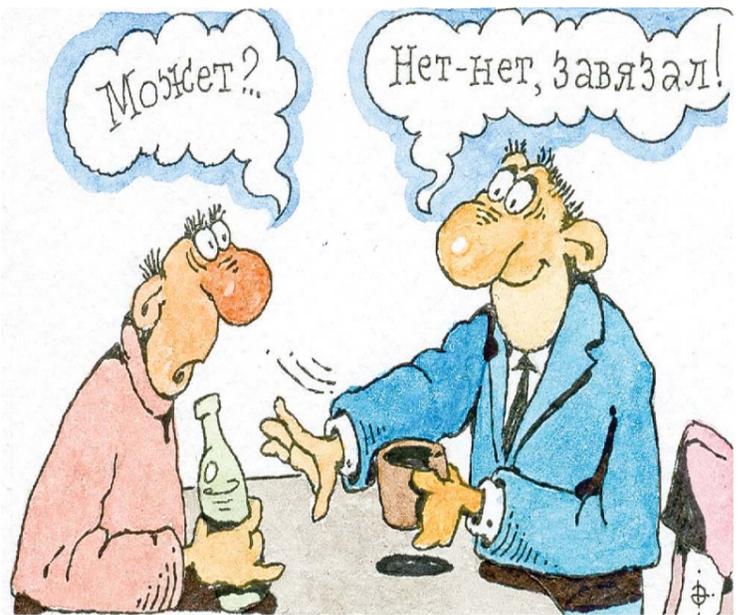
своено учёное звание доцента (кафедра микробиологии), в 2006 г. – учёное звание профессора.

С 1999 по 2005 г. занимал должность заместителя директора по научной работе НИИ антимикробной химиотерапии СГМА. В период с 2005 по 2006 г. был исполняющим обязанности директора института, а в 2006 г. назначен на должность директора НИИ. С 2006 г. является руководителем Научно-методического центра Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию по мониторингу антибиотикорезистентности.

Соб. инф.

Профилактика

Пить стали меньше



В поликлиниках Амурской области внедрён в практику тест для определения риска злоупотребления алкоголем. Мероприятия, проводимые Министерством здравоохранения региона, наркологической службой и Центром медицинской профилактики Приамурья, позволили снизить первичную наркологическую заболеваемость на 18,9%.

Так, в 2017 г., в сравнении с предыдущим годом, на 42,3% сократилось число больных, перенёвших алкогольные психозы. Количество страдающих наркоманией, в том числе потребителей опийной группы, также уменьшилось.

По словам Лидии Рыбальченко, главного врача Амурского областного наркологического диспансера, в структуре смертности от внешних причин за январь-декабрь прошлого года отмечается снижение числа случайных отравлений алкоголем на 53,2%.

Министерством здравоохранения Амурской области подготовлен план мероприятий для первичного звена здравоохранения по организации медицинской профилактики психических и поведенческих расстройств из-

за употребления психоактивных веществ.

В соответствии с планом в поликлиниках Благовещенска уже организовано проведение раннего мотивационного консультирования врачом психиатром-наркологом и психологом лиц, имеющих разную степень зависимости или вредные последствия при употреблении алкоголя.

В поликлиниках Приамурья проводится тестирование жителей области на предмет определения риска злоупотребления алкоголем.

К слову, желающих пройти такой тест становится всё больше, но это связано не с увеличением численности самой группы риска, а скорее – с повышением уровня ответственности людей за собственное здоровье и социальное благополучие.

Наркологи активизировали и профилактическую работу в среде автомобилистов. К примеру, на базе автошколы ДОСААФ начата реализация образовательного социального проекта.

Николай ПАВЛОВ.
МИА Сити!

Благовещенск.

Ситуация

Медучреждение просто так закрыть нельзя...

Общероссийский народный фронт обратился в Минздрав России с просьбой разработать и утвердить типовые порядки создания и работы комиссий, которые будут оценивать последствия закрытия медучреждений. По новому закону, который вступил в силу в январе, власти обязаны учитывать заключения этих комиссий при решении дальнейшей судьбы поликлиник, больниц и фельдшерско-акушерских пунктов. Активисты ОНФ ещё в процессе подготовки законопроекта настаивали на том, что работа таких комиссий должна быть максимально открытой.

С нынешнего года, согласно вступившим в силу поправкам, закрыть региональную или муниципальную больницу, поликлинику или ФАП власти смогут только после того, как с этим согласится специальная комиссия по оценке последствий таких действий. Первый вариант законопроекта предполагал, что состав комиссий

субъекты РФ будут определять самостоятельно. Но депутаты Госдумы, представляющие Народный фронт, настояли на том, чтобы требования к составу комиссии были прописаны в федеральном законе.

«Во время работы над законопроектом мы неоднократно на совещаниях с участием Минздрава России говорили, что работа комиссий должна быть максимально открытой, – пояснил член Центрального штаба ОНФ, заместитель председателя Комитета Госдумы РФ по охране здоровья Николай Говорин. – Местные жители должны получать информацию, в том числе через интернет, о персональном составе комиссий, их деятельности. Но для того, чтобы комиссии заработали во всех регионах страны именно по таким принципам, мы попросили Минздрав России утвердить типовые порядки создания и работы спецкомиссий. Это поможет снизить социальную напряжённость при рассмотрении таких непопулярных вопросов, как закрытие

поликлиники или больницы. Свою просьбу мы направили министру здравоохранения РФ Веронике Скворцовой».

Комиссии должны быть созданы в каждом регионе. В них на паритетных началах должны входить представители учредителя ликвидируемой больницы, законодательного (представительного) и исполнительного органов государственной власти субъекта РФ, представительного органа муниципального образования, где расположена медорганизация, а также общественных объединений по защите прав в сфере охраны здоровья и медицинских профессиональных некоммерческих организаций.

Принять решение о закрытии единственной медицинской организации в сельской местности теперь по закону можно лишь с учётом мнения местных жителей. Выразить своё отношение они смогут в ходе общественных слушаний.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.
МИА Сити!

Перспективы

Приморье прирастает клиниками

Холдинг входящий в состав госкорпорации «Ростех», реализует в Приморском крае инвестиционный проект по созданию на базе Дальневосточного федерального университета центров ядерной и протонной медицины.

Как сообщили в администрации Приморского края, документ предусматривает реализацию проекта в два этапа. Первый направлен на создание полнофункционального модульного центра позитронно-эмиссионной

и компьютерной томографии на базе действующего ПЭТ/КТ-отделения медицинского центра ДВФУ. Предполагается, что центр ядерной медицины сможет принимать около 12 тыс. пациентов в год.

В рамках второго этапа предлагается построить в Приморье центр протонной терапии с годовой пропускной способностью более тысячи пациентов.

По проектам в Приморье уже подписаны соответствующие соглашения. Также намечены пути решения кадрового вопроса.

При успешной реализации проекта готовить кадры для ПЭТ-центра можно будет в Дальневосточном федеральном университете.

Сейчас жители Приморского края проходят ПЭТ-диагностику на основе изотопов, которые доставляются во Владивосток из Хабаровска. В 2017 г. исследования методом ПЭТ в медцентре ДВФУ прошли более 1600 человек.

Николай ИГНАТОВ.
МИА Сити!

Приморский край.

В своём недавнем обращении к Федеральному Собранию Президент России Владимир Путин подчеркнул приоритет профилактики для улучшения демографической ситуации в стране, а именно снижения смертности и увеличения продолжительности жизни населения. Если такая постановка задачи звучит из уст главы государства, значит, предмет для «разбора полётов» действительно есть.

Так что у нас с демографической картиной на начало 2018 г.? Радость победы, испытанная нами в минувшем году, оказалась преждевременной, и наметившаяся тенденция не закрепилась? Или же, напротив, есть успехи, и Президент РФ призывает удержать их? Своим мнением с читателями «МГ» поделился наш постоянный эксперт по профилактической медицине и демографии – заведующий отделом эпидемиологии и профилактики НИИЦ онкологии им. Н.Н.Блохина Минздрава России член-корреспондент РАН Давид ЗАРИДЗЕ.

Кризис за кризисом

– Наши сограждане не доверяют официальной статистике и считают, что она, как минимум, лукавит. И всё же в данном случае статистика не врёт. В России действительно снижается смертность практически от всех ведущих причин: от сердечно-сосудистых заболеваний, злокачественных опухолей и от несчастных случаев. Продолжительность жизни россиян в 2017 г. достигла 73 лет, это исторический максимум. И все эти достижения являются, практически исключительно, результатом профилактики.

Мы уже говорили об этом, но давайте вспомним ещё раз: в 1990-х годах Россия пережила невиданный в мирное время демографический кризис, который совпал с экономическим кризисом. Переход от социалистического строя к капиталистической экономике не прошёл для россиян бесследно. Резко выросла смертность, а средняя продолжительность жизни российских мужчин в 1993 г. упала до 57 лет. С 1991 по 2003 г. дополнительно к ожидаемой смертности Россия потеряла более 2,5 млн человек.

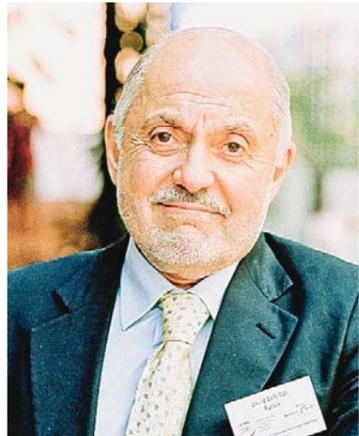
Удар по алкоголю и табаку

Учёным тогда было над чем задуматься, ведь современное общество впервые после средневековых эпидемий, унесших жизни миллионов людей, столкнулось со «сверхсмертностью». Эпидемиологические исследования, проведенные нами совместно с коллегами в Барнауле и Томске с участием нескольких сотен тысяч человек, указали на возможную

Авторитетное мнение

Нас спасёт профилактика!

Демографический кризис в России пройден. Но расслабляться не надо



связь между астрономическими темпами роста смертности и таким же астрономическим увеличением потребления алкоголя. Выяснилось, что причиной 59% смертей молодых мужчин трудоспособного возраста является опасное, то есть чрезмерное, потребление алкоголя. В 1990-х годах на душу взрослого (старше 15 лет) населения России приходилось 18 л выпитого алкоголя. Давайте вспомним, что первым проявлением свободного рынка в нашей стране были дешёвая водка и такие же дешёвые сигареты.

Для того, чтобы остановить «вымирание» россиян, государству необходимо было принять радикальные профилактические меры. И они были приняты. В 2005 г. введены ограничения, направленные на снижение потребления алкоголя, и эти меры оказались эффективными. К 2016 г. потребление алкоголя в России снизилось до 10,5 л на душу взрослого населения.

Снизился и показатель смертности от всех причин на 100 тыс. населения: у мужчин с 1580 в 2003 г. до 995 в 2016-м (на 37%), у женщин – с 720 до 467 (на 35%).

Абсолютно ответственно могу сказать, что, как и в большинстве развитых стран, в России снижается смертность от злокачественных опухолей. Это противоречит распространённому мифу о росте данного показателя. Среди мужчин она снизилась с 225 случаев на 100 тыс. населения в 1994 г. до 162 в 2016 г., среди женщин – со 101 случая до 84.

В развитых странах это снижение стало результатом уменьшения распространённости курения. В России постепенный отказ людей от

курения в ответ на массивную информационно-просветительскую кампанию начался относительно недавно, в 2009 году. При этом заболеваемость и смертность от рака лёгкого в нашей стране снижается уже на протяжении длительного времени – с начала 1990-х годов. Причиной этого является уменьшение «канцерогенности» сигарет: в советское время содержание смол в них было колоссально высоким – более 30 мг на одну сигарету. Мы добились его снижения до 15 мг, а потом до 12 мг и ниже. В результате уменьшилась смертность от рака лёгкого и других злокачественных опухолей, связанных с курением.

Снижение смертности от рака лёгкого, которое произошло исключительно за счёт профилактики, сохранило в мире миллионы жизней, а в России, по нашим подсчётам, 200-250 тыс. Таким образом, несмотря на успехи в лечении хронических неинфекционных заболеваний, в том числе рака, профилактика продолжает играть первостепенную роль в снижении смертности и повышении продолжительности жизни населения. Хочется верить, что эта динамика сохранится, и средняя продолжительность жизни россиян к 2030 г. достигнет 80 лет.

Рано радоваться

Однако хочу предостеречь! Нам удалось победить демографический кризис и «сверхсмертность», которая была результатом определённых исторических обстоятельств, политического и экономического кризисов. Нам удалось повысить продолжительность жизни мужчин почти на 10 лет за относительно короткий срок. Но даже в самых идеальных условиях устойчивого развития повторить такой результат, не прилагая дополнительных усилий, невозможно. Объясню, почему.

Россияне, слава богу, стали значительно меньше выпивать. И всё же радоваться ещё рано. Для дальнейшего значительного уменьшения потребления алкоголя нужны смена поколений и традиций. Французам понадобилось полвека, чтобы снизить один из самых высоких показателей потребления алкоголя на душу населения. А в Финляндии – стране, которую приводят, как наиболее успешный пример борьбы с пьянством – потребление алкоголя вновь поползло вверх...

Распространённость курения в России за короткий срок снизилась

значительно – с 39 до 31%. Но это была относительно лёгкая победа: бросили курить наиболее «сознательные» курильщики, у которых никотиновая зависимость была не очень сильная. В то же время 50% российских мужчин всё ещё курят, и это настоящие никотиоманы. Многие из них не только не могут, но и не хотят отказываться от табака. В связи с этим процесс снижения распространённости этой вредной привычки среди россиян замедлится. Именно так происходило в странах, где снижение показателя курения началось несколько десятков лет назад.

Сказанное, конечно же, не означает, что мы должны отказаться от мер контроля оборота алкогольной продукции или от исполнения федерального закона об ограничении курения табака. Вместе с тем для сохранения в России позитивных демографических показателей спектр профилактических мер, в частности противораковых, должен быть расширен. И, кстати, об этом – о необходимости принять государственную программу борьбы с онкологическими заболеваниями – президент тоже говорил, обращаясь к Федеральному Собранию. Как раз в данном направлении мы имеем огромный резерв для дальнейшего снижения общей смертности и увеличения продолжительности жизни наших сограждан.

Дело за скринингом

Итак, какой мне видится эффективная антираковая профилактика? Прежде всего, нужно проводить вакцинацию подростков против вирусов папилломы человека (ВПЧ). Эффективность такой вакцинации доказана серьёзными научными исследованиями и не вызывает никаких сомнений. Вакцинированное поколение будет избавлено, в частности, от рака шейки матки, а это – одна из наиболее частых опухолей и причин смертности женщин от злокачественных новообразований. Кроме вакцинопрофилактики в течение ближайших двух-трёх десятилетий нам необходимо проводить организованный скрининг для выявления инфицированности населения ВПЧ с использованием соответствующих тест-систем.

Вообще, правильно организованный популяционный скрининг может сыграть ключевую роль в снижении смертности от рака в

нашей стране. Подчеркну: именно скрининг, а не диспансеризация. О том, чем отличается организованный популяционный скрининг от «оппортунистического», написаны десятки книг и научных статей. В то же время обследования, включённые в программу диспансеризации, – это «оппортунистический» скрининг в худшем его исполнении. Серьёзный пересмотр нашей тактики по проведению скрининга позволит снизить смертность от рака шейки матки, ободочной и прямой кишки и, возможно, молочной железы.

Далее, считаю необходимым внедрение инновационных методов ранней диагностики злокачественных новообразований, в частности, определения опухолевых маркеров – циркулирующих в крови свободных опухолевых ДНК и микроРНК.

Кроме того, нужно расширить возможности первичной профилактики за счёт использования лекарственных препаратов. К примеру, полученные убедительные доказательства эффективности приёма аспирина для профилактики рака толстой кишки и желудка, а тамоксифена – для профилактики рака молочной железы.

Важный аспект – персонализация первичной профилактики как на основании генетической предрасположенности, так и на основании экспозиции к известным факторам риска. Например, скрининг рака лёгкого показал эффективность только у курильщиков, а тамоксифен следует применять исключительно в отношении женщин с повышенным риском развития опухоли молочной железы.

...В завершение выскажу уверенность в том, что будущее ранней диагностики рака за опухолевыми маркерами. Кстати, именно наша страна была пионером в этой области. Первый опухолевый маркер альфа фетопротейн, который сегодня широко используется во всём мире, открыт в Советском Союзе выдающимся учёным, академиком Игорем Израилевичем Абеливым. Любимый значительным прорывам в области медицины вообще и онкологии в частности предшествовала большая фундаментальная наука. Следует помнить об этом и поддерживать российскую фундаментальную науку, ставя целью сохранить положительные демографические тенденции.

Подготовила Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Работают мастера

В Краевой детской клинической больнице № 1 Владивостока провели редкую операцию новорождённому.

Врачи заранее знали, что мальчик появится на свет с патологией – диафрагмальной грыжей, поэтому внимательно следили за беременностью его мамы. Как только малыш родился, его из Спасска-Дальнего, что в 250 км от Владивостока, оперативно доставили в краевую неонатальную больницу, который был создан в 2016 г. на базе КДКБ № 1 с целью спасения таких пациентов. Как сообщили в администрации региона, это первый случай, когда хирургическое вмешательство было проведено ребёнку, которому исполнился всего один день. Операция длилась более 5 часов. Сегодня состояние мальчика соответствует нормам проведения сложной операции.

К слову, в неонатальном центре Приморья берутся за самые тяжёлые случаи. С момента открытия подразделения сложнейшие вме-

Спасительная цепочка

В неонатальном центре Приморья берутся за самые сложные операции

шательства новорождённому с весом чуть более килограмма здесь выполняют каждую неделю. Всё это благодаря новейшему оборудованию, современным технологиям и высококлассным врачам, которые работают в центре.

У маленького пациента из Спасска диафрагмальная грыжа, – то есть те органы, которые должны находиться в брюшной полости – печень, кишечник – расположены в плевральной полости, – там, где должно находиться лёгкое.

– Наша задача была сделать так, чтобы все органы встали на своё место. А пациент в дальнейшем развивался в соответствии с возрастом и жил полноценной жизнью, – поясняет заместитель главного врача КДКБ № 1 Андрей Мельников.

Ещё несколько лет назад у таких новорождённых, как этот малыш, практически не было шансов на полноценное здоровое будущее. Но сейчас в Приморье работает ряд программ, нацеленных на снижение младенческой и материнской смертности. Одна из них – система электронного мониторинга беременных, которая позволяет на самых ранних сроках обнаружить патологию плода. Такая женщина берётся на особый учёт, и к моменту появления на свет малыша врачи уже готовы к необходимому лечению или оперативному вмешательству. В сложных случаях ребёнка незамедлительно доставляют во Владивосток в краевую детскую больницу, где и расположен неонатальный центр.

– Мы узнаём о появлении такого ребёнка максимум в течение часа, – говорит заведующий неонатальным центром Андрей Выхрестюк. – Затем принимаем решение совместно с коллегами на местах о том, какая терапия нужна, какова экстренность транспортировки, куда везти и каким видом транспорта

Вопрос транспортировки – один из самых важных. Некоторые патологии новорождённых требуют незамедлительного хирургического вмешательства. А значит, малыша необходимо быстро перевезти в краевую детскую больницу, где сосредоточена самая современная медицинская аппаратура и работают высококлассные хирурги. В Приморье для решения таких задач используют санитарные вер-

толёты, в распоряжении медиков и уникальные реанимобили, оборудованные гироскопами и специальными кувезами, нивелирующими тряску на дороге. Срабатывает эффективная цепочка – своевременное выявление патологии, быстрая доставка к месту операции и, наконец, высокопрофессиональная хирургия.

– Сложные операции, которые раньше делали только в ведущих федеральных центрах, теперь успешно выполняются нашими врачами, – отмечает директор краевого департамента здравоохранения Андрей Кузьмин. – Зачастую это позволяет не только повысить оперативность и доступность медицинской помощи, но и сохранить жизнь пациентов, так как в большинстве случаев они находятся в тяжёлом состоянии, сложнотранспортабельны и не имеют возможности получить медицинскую помощь в федеральных клиниках.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Владивосток.

Сразу оговоримся, что вопреки этому не риторический и от ответа на него во многом зависит наше с вами будущее. «Наше с вами» – это не преувеличение, это не метафора, как некий вычурный оборот речи, это действительно в самом прямом смысле касается каждого из нас.

Статистика, сама по себе – наука точная, если, конечно, она оперирует реальными цифрами, а не «среднепотолочными», или, уж тем паче – подтасованными.

Как читатель уже понял из вопроса, вынесенного в заголовок, речь пойдёт о таком серьёзном инфекционном заболевании, как туберкулёз, возбудителем которого и является вышеназванная палочка Коха (вид микобактерии, выделенной 24 марта 1882 г. немецким микробиологом Робертом Кохом, впоследствии названной его именем. ВОЗ определила эту дату – 24 марта как Всемирный день борьбы с туберкулёзом). Сужая рамки повествования, остановимся на данных статистики по городу Невинномыску – промышленной столице Ставропольского края с населением в 117 676 человек. Итак, согласно статистики, данные которой любезно предоставил заведующий Невинномыским филиалом краевого клинического противотуберкулёзного диспансера Николай Мотузов (фрагментами интервью с Н.Мотузовым мы будем периодически «оживлять» сухие цифры), благодаря проводимым мероприятиям по борьбе с туберкулёзом, раннему выявлению и профилактике туберкулёза, заболеваемость этим недугом в Невинномыске значительно снизилась: с 44,1 на 100 тыс. населения в 2016 г. до 31,4 в 2017-м. При профилактическом осмотре выявлены 81,3% больных туберкулёзом органов дыхания, однако отмечается рост распространённых и запущенных форм, что свидетельствует о несвоевременном выявлении. Туберкулёз лёгких с бактериовыделением (эпидемиологически опасный для окружающих) составил 56,7%.

– Николай Александрович, давайте поясним – при том, что в целом Ставропольский край является лидером среди российских регионов по выявляемости и борьбе с туберкулёзом и при неплохой тенденции по снижению количества заболеваний в Невинномыске, по городу ходят «эпидемиологически опасные для окружающих» больные. Если у нас так хорошо налажена борьба с туберкулёзом, откуда они взялись? С Луны прилетели?

– Нет, это наши пациенты, из разряда так называемых сложных. В настоящее время повторно складывается ситуация, когда туберкулёз, как заболевание, приобретает некую социальную окраску.

– Вы имеете в виду, что заболеванию в большей степени подвержены люди из незащищённых слоёв населения, а также ведущие асоциальный образ жизни: наркоманы, алкоголики, проще говоря – маргиналы?

– Можно и так сказать. Сейчас повторяется ситуация начала 90-х годов прошлого века, и тогда, и сейчас люди из этих слоёв населения давали высокий процент заболеваемости. Но я

видел и другую картину, когда за этим скачком роста последовало резкое снижение количества заболеваний туберкулёзом и стали появляться пациенты из обеспеченных слоёв населения, которые заразились случайно, и были выявлены благодаря своевременной рентгенодиагностике.

– А случайно это как? На улице?

на порядок выше, а пациент при этом становится опасен для окружающих: начинается распад лёгочной ткани и всё это с плевками и мокротой выделяется в окружающую среду. Но, повторюсь, у нас нет закона о принудительном лечении.

Да, существует такая практика, когда мы подаём иски в суд на недобросовестное лечение, суд

вердикты, заведомо зная, как показывает практика, что больные сбегут от вас в очередной раз, и вся эта огромная государственная машина под названием «юстиция» попросту срывается вхолостую. В своё время Лев Толстой сказал замечательные слова: «Лучше ничего не делать, чем делать ничего».

было выявлено больше больных, чем в прикреплённых районах. Конечно, в первую очередь это связано с большей плотностью населения в городе, чем в деревне. Кроме того, в Невинномыске есть такая проблема, как общежития, оставшаяся с советских времён.

– Тяжкое наследие развитого социализма...

Острая тема

Превратится ли палочка Коха в одноимённую «дубину»?

И если да, то когда она ударит по голове наших граждан?



Н. Мотузов

– Да, именно так. К сожалению, на сегодня у нас нет законодательства, которое бы ограничивало передвижение больных с открытой формой туберкулёза – то есть, эпидемиологически опасных.

– И, такие есть в Невинномыске?

– Да, при общем количестве состоящих на учёте в нашем филиале 133 человека (117 из них неактивны), трое – эпидемиологически опасны для окружающих. Мы не можем ограничить свободу их передвижения, потому что это нарушает права граждан.

– Получается так, что, обеспечивая право одних на свободное передвижение, в данном случае, мы подвергаем опасности всех остальных, нарушая при этом их право на защиту своего здоровья. Это даже не нонсенс какой-то, а просто идиотизм.

– К сожалению, получается так.

– Где выход из этого тупика?

– Единственно правильный выход – принудительное лечение в лечебном учреждении закрытого типа, куда бы пациента направляли по решению суда. У нас есть отработанные методики лечения, все необходимые препараты и лекарства для лечения туберкулёза на ранних стадиях, но, когда человек не хочет лечиться и болезнь принимает поздние формы, более сложные, ситуация с лечением в разы усложняется, в том числе и в чисто финансовом смысле.

– Получается так, что Фемида выносит такого рода

На мой взгляд, применительно к теме разговора, Фемида как раз и занимается тем, что «делает ничего». Её можно понять: отсутствие необходимого закона связывает ей руки, но легче от этого понимания не становится никому. И всё равно возникает извечный русский вопрос «Что делать?» Я понимаю, что этот вопрос чисто риторический и, скорее всего, адресован «в никуда».

– За рубежом, где есть давно и хорошо работающая система принудительного лечения «уклонистов», этого вопроса вообще не существует: при первично выявленном туберкулёзе, даже на ранней стадии его развития, пациент сразу попадает в закрытое лечебное учреждение. В прошлом году такой же закон о принудительном лечении приняли у наших соседей по СНГ – в Армении.

– Да. Примерно половина из всего количества больных туберкулёзом, стоящих на учёте в нашем диспансере, проживают в общежитиях. Это говорит о многом.

– Безусловно. Там живут целые поколения людей, в том числе – дети. Общеизвестно, что многие заболевания «молодеют», отсюда и вопрос – как поставлена профилактическая работа в школах?

– В прошлом году случаев заболевания детей из очагов не было, по подросткам уже 2 года нет новых случаев заболеваний. У нас в штате филиала есть фтизиопедиатр, который полностью контролирует диагностику детей в школах.

– То есть, он имеет право и обязан вмешиваться в деятельность медработников школы, детской поликлиники?

– Совершенно верно. Фтизиопедиатр должен контролировать и координировать их работу, и, как видите, такое сотрудничество даёт хорошие плоды.

* * *

В завершение темы хотелось бы сказать следующее. Конечно, кроме вышеназванных проблем, существуют и другие, которые можно отнести к ведомственным.

Лично меня, по итогам всего этого разговора, больше волнуют другие вопросы – «Кто виноват в том, что я в любой день на любой улице родного города Невинномыска могу заразиться туберкулёзом?» и «Что делать?», чтобы я в любой день на любой улице родного города Невинномыска не заразился туберкулёзом?

Эти два извечных русских вопроса «Кто виноват?» и «Что делать?» – я задаю от имени 117 676 жителей российского города Невинномыска, которые в не меньшей степени, чем я, обеспокоены своим здоровьем. Вопросы эти я задаю не «в никуда», а конкретным людям, представителям так называемой вертикали власти. Как вы думаете, что они ответят? И ответят ли?

Рубен КАЗАРЯН,
соб. корр. «МГ»

Ставропольский край.

Фото автора.



Участковый фтизиатр Илина Ткачёва ведёт приём пациента

выносит решение о привлечении данных больных к недобровольному лечению, через службу судебных приставов их привозят к нам, и, в конце концов, они просто от нас уходят. Несмотря на то, что наши врачи всеми правдами и неправдами уговаривают их лечиться... Поверьте – если человек не хочет лечиться, он и не будет этого делать. Тем более, что многие больные из этого числа вообще отрицают наличие у них туберкулёза, хотя зачастую там присутствует весь «букет» – и наркомания, и ВИЧ.

– Получается так, что Фемида выносит такого рода

– Давайте из «прекрасного далёко» вернёмся на «нашу грешную землю», к статистике. Насколько известно, ваш филиал территориально обслуживает два района Ставропольского края – Кочубеевский и Андроповский, как там обстоят дела?

– Во-первых, мы проводим там всю организационно-методическую работу, а во-вторых – забираем из этих районов всех первично выявленных больных, а в дальнейшем – и хронических, чтобы пролечить их у себя. Что касается статистики, то за прошлый год в Невинномыске

Подготовленный Министерством здравоохранения РФ проект Межведомственной стратегии формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний на период до 2025 г. и инициативы, направленные на реализацию государственной политики в этой сфере, обсуждены на слушаниях в Общественной палате РФ. Участники дискуссии поддержали необходимость принятия этого документа, но высказались за продолжение его экспертизы и решили взять ситуацию на контроль.

Одними ограничениями не спасёшься

Предлагаемые в имеющейся в распоряжении Общественной палаты РФ версии стратегии меры – носят в первую очередь ограничительный характер, отметили участники слушаний. Такой подход, по их мнению, не только неэффективен, но и может иметь негативные социально-экономические последствия. При подготовке подобных документов, подчёркивали выступившие эксперты, важно располагать проверенными научными фактами, опираться на международный опыт, мнение профильных производителей, органов исполнительной власти и экспертного сообщества.

«Общественная палата берёт на контроль общественную экспертизу обсуждаемой версии документа. Нам крайне важно работать со всеми ведомствами, чтобы максимальное количество участников – министерства, ведомства, бизнес-сообщество и гражданское общество – приняло соглашение», – сказала модератор слушаний Евгения Уваркина, председатель Комиссии Общественной палаты РФ по развитию агропромышленного комплекса и сельских территорий. Она пояснила, что у представителей агропромышленной отрасли, в частности, есть замечания к представленному палате документу, так как он не учитывает интересы бизнеса, без развития которого не достичь высокого уровня экономики в стране.

«С целями стратегии здесь все согласны, а вот с подходами, которые сегодня прописаны, нет», – сказала Е.Уваркина.

Участники дискуссии подчёркивали, что формирование ЗОЖ должно достигаться путём просвещения населения и популяризации принципов сбалансированного питания, а не ограничительными механизмами. Так, первый зампредседателя комиссии Общественной палаты Александр Шипулин отметил, что важно употреблять в пищу продукты, вы-

Ситуация

Если хочешь быть здоров — закаляйся...

Стратегия формирования ЗОЖ требует доработки и дальнейшей общественной экспертизы

ращиваемые в непосредственной близости от места проживания человека, и стремиться к тому, чтобы питание было здоровым.

По словам руководителей промышленных союзов, ссылки на конкретные категории пищевых продуктов должны быть исключены из стратегии как дискриминационные и не отвечающие системному подходу к продвижению ЗОЖ. Избыточными посчитали участники дискуссии и положения об ограничении рекламы некоторых видов товаров, содержащих жиры, соль и сахар. Меры, предусмотренные действующим законодательством, регулирующим рекламную отрасль, по мнению участников рынка, достаточны.

Вопросы формирования ЗОЖ, продвижение здорового питания, а также обоснованность предлагаемых ограничительных мер на продовольственном рынке и готовность производителей пищевой продукции к работе в условиях ограничений и запретов представляют большое значение для гражданского общества, подчёркивали выступавшие. Они выразили надежду, что стратегия позволит ещё на шаг приблизить россиян к здоровому образу жизни и снижению рисков развития различных заболеваний.

В обсуждении документа, наряду с членами Общественной палаты и её экспертами, приняли участие представители Минэкономразвития и Минсельхоза, Федеральной антимонопольной службы, бизнеса и общественных организаций. Минздрав России, как сообщили в палате, к сожалению, проигнорировал приглашение участвовать в мероприятии, а также не ответил на запрос его организаторов о предоставлении к обсуждению актуальных версий документа. В ходе дискуссии её участники узнали о существовании нового варианта, помимо имеющегося у них проекта. И это, оказывается, очередная его версия. Что же всё-таки тогда обсуждали?

Тем не менее, итога дискуссии, Е.Уваркина сказала: «Достижение прогресса в сфере формирования здорового образа жизни является важнейшей задачей для государства. Однако мы должны идти к этой цели максимально эффективным путём, опираясь на



В здоровом теле – здоровый дух...

баланс общественных интересов. Слушания показали, что проект стратегии требует дальнейшего обсуждения и доработки с привлечением всех заинтересованных сторон. Общественная палата такой диалог готова всемерно поддерживать».

Участники слушаний, которые прошли в рамках «круглого стола» Общественной палаты РФ «Проблемы и перспективы государственной политики в сфере формирования здорового образа жизни населения», подтвердили готовность обсуждать документ, внося в его проект конструктивные предложения, и выразили надежду, что такая работа и диалог с заинтересованными сторонами Минздравом будет организован.

На чём спотыкаемся

Приоритетный проект Минздрава по формированию ЗОЖ утверждён на заседании президиума Совета при Президенте России по стратегическому развитию и приоритетным проектам 26 июля 2017 г.

Среди главных задач проекта, помимо популяризации спорта, снижения к 2025 г. потребления алкоголя с 10 до 8 л, доли курящих с 30,5 до 27%, есть и другие слагающие здорового образа жизни. На всё это предусмотрено направить 3,5 млрд руб.: по 441 млн ежегодно до 2019 г. и 2,6 млрд до 2025 г.

В развитие проекта предлагается уделять особое внимание правильному питанию граждан. «В рамках коммуникационной

кампании по здоровому питанию с добровольным привлечением производителей продуктов питания на многих из них будут размещены знаки отличия и дополнительная информация о здоровом питании», – говорилось, в частности, в документах к проекту по формированию ЗОЖ.

Как сообщил ранее на пресс-конференции главный специалист Минздрава России по профилактической медицине, генеральный директор Национального медицинского исследовательского центра кардиологии профессор Сергей Бойцов, в январе Минздрав подготовил новую версию Межведомственной стратегии формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний на период до 2025 г.

Стратегия определяет условия, соблюдение которых необходимо для поддержания здорового образа жизни. В документе сохранилось предложение по установлению акцизов на сладкие напитки и изделия с высоким содержанием соли. А категорию «вредные продукты» заменили на «продукты, способствующие развитию ожирения, сахарного диабета, атеросклероза и гипертонии». «На продуктах, легко читаемым шрифтом, должна быть печатана подробная информация о содержании всех веществ, способных влиять на развитие указанных заболеваний», – отметил представитель Минздрава. Исключён, кстати, пункт о запрете продажи алкоголя лицам моложе 21 года.

Однако Федеральная антимонопольная служба отклонила проект стратегии. В ФАС, в частности, отметили, что оснований для ужесточения уже действующих антитабачных мер и установления ранее не предусмотренных запретов и расходов для предпринимателей нет. К тому же представленный документ не содержит анализа и оценки эффективности действующих ограничительных норм, соответственно, трудно оценить необходимость новых барьеров. Не поддержала служба и увеличение акцизов на алкогольную продукцию. В ведомстве считают, что это приведёт к росту нелегальных производства и рынка спиртных изделий.

Кроме того, ФАС считает, что употребление здоровых продуктов питания во многом зависит от материального благосостояния людей, а не от содержания в потребительской корзине тех или иных составляющих. В этой связи идея Минздрава России об увеличении потребления населением продуктов, богатых пищевыми волокнами, цельнозерновых изделий, орехов, бобов, свежих фруктов, овощей, рыбы и оливкового масла с помощью «актуализации» потребительской корзины в ведомстве и вовсе сочли нереализуемой.

Введение же маркировки полезных продуктов питания, по мнению ФАС, создаст дискриминационные условия для производителей. Дискриминационным и преждевременным сочли в службе и предложение установить акцизы на сладкие напитки и продукты с высоким содержанием сахара, так как отсутствуют сведения об объёмах реального потребления указанной продукции.

О трудностях согласования проекта стратегии между федеральными ведомствами С.Бойцов рассказывал ещё в апреле прошлого года. Документ до сих пор не согласован, и, естественно, не утверждён Правительством РФ.

А ведь сделать это планировалось к 1 января наступившего года. Так что, если хочешь быть здоров, то пока надейся только на себя и закаляйся...

Константин ШЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

Тенденции

Здравоохранение Кемеровской области приступает к реализации нового масштабного проекта – к созданию «академии управления». Для обучения в ней приглашают действующих главных врачей, их заместителей и заведующих отделениями.

Цель новой структуры – подготовить для государственного сектора кузбасской медицины команду менеджеров новой формации и обучить их современным принципам поиска решения для любых проблем, возникающих в повседневной деятельности.

«Академики» ответят на вызовы дня

В число организаторов нового инновационно-производственного объединения («академии управления») вошли Кемеровский государственный университет, Департамент охраны здоровья населения Кемеровской области, Институт социально-экономических проблем здравоохранения, оба государственных медицинских информационно-аналитических центра государственного сектора здравоохранения (новокузнецкий и кемеровский), ряд главных врачей кузбасских боль-

ниц и заместитель губернатора по вопросам здравоохранения.

К настоящему времени под руководством заведующего кафедрой общественного здоровья, здравоохранения и медицинской информатики КемГМУ, доктора медицинских наук, профессора Г.Царика разработана программа непрерывного учебного процесса. Ведущие специалисты в области организации регионального здравоохранения записывают лекции по различным темам: управление финансами, управ-

ление потоками пациентов, психология общения и пр., которые будут выложены на специальный портал. Готовится к изданию учебное пособие по эффективному управлению. Определены больницы, которые станут базами для практического внедрения полученных знаний.

Занятия в «академии» будут дистанционно-заочными. То есть получать здесь, по сути, второе высшее образование слушатели смогут без отрыва от основной деятельности.

«Это непростой путь, но он имеет задел на будущее, – уверен заместитель губернатора Кемеровской области по вопросам здравоохранения Валерий Цой. – Подготовка современных руководителей, обучение их искусству управлять позволит нам перейти от разовых улучшений в здравоохранении региона к системным».

Валентина АКИМОВА,
соб. корр. «МГ».

Кемерово.

В Уфе состоялась первая в России междисциплинарная научно-практическая конференция, посвящённая новому направлению в медицине – кардиоонкологии, на которой выступили с докладами ведущие российские учёные и специалисты из Москвы и Республики Башкортостан.

В работе конференции «Актуальные вопросы кардиоонкологии» приняли участие более 300 специалистов: руководители республиканских, городских и районных учреждений здравоохранения, кардиологи, онкологи, терапевты, радиологи, врачи функциональной диагностики, химиотерапевты, представители фармацевтических фирм. От имени Министерства здравоохранения Республики Башкортостан участников и гостей конференции приветствовала заместитель министра Ю.Кофанова, которая в своём сообщении отметила, что несмотря на достигнутую в последние годы устойчивую тенденцию к снижению смертности от болезней системы кровообращения, проблема раннего выявления и сердечно-сосудистой смертности при онкопатологии остаётся весьма актуальной. В настоящее время в Башкортостане есть все возможности для диагностики и лечения пациентов, которые имеют сочетанную сердечно-сосудистую и онкологическую патологию. Однако вопросы комплексного подхода к профилактике, ранней диагностике и лечению онкологических и кардиологических заболеваний до конца не изучены. Ю.Кофанова выразила уверенность, что результатом конференции станет полезный обмен опытом между ведущими российскими специалистами и докторами республики Башкортостан, что позволит внедрить новые подходы к лечению смежных заболеваний не только в регионе, но и в России в целом.

Междисциплинарную конференцию открыла главный специалист кардиолог Минздрава Башкортостана, главный врач Республиканского кардиологического центра И.Николаева. Она сообщила, что основной целью при планировании конференции было объединение усилий кардиологов, онкологов, химиотерапевтов, лучевых терапевтов в разработке и внедрении единой стратегии профилактики, диагностики и лечения кардиологических осложнений противоопухолевой терапии онкологических больных. Она рассказала о перспективах развития кардиологической службы республики, а также проводимых мероприятиях, позволивших достичь положительных результатов в профилактике, диагностике и лечении сердечно-сосудистых заболеваний.

Деловые встречи

Следуя единой стратегии

Итоги междисциплинарной научно-практической конференции «Актуальные вопросы кардиоонкологии»

Программа междисциплинарной конференции «Актуальные вопросы кардиоонкологии» помимо пленарного заседания включала 17 симпозиумов и секционных заседаний, на которых обсуждались вопросы профилактики, доклинической диагностики и лечения сердечно-сосудистых осложнений химио- и лучевой терапии, актуальные кардиоонкологические проблемы и пути их решения, а также клинические случаи из реальной практики. Ряд симпозиумов был посвящён профилактике, современным возможностям раннего выявления кардиотоксического действия химиотерапевтических препаратов и тактике ведения сопутствующих кардиологических заболеваний у пациентов с онкопатологией старшего возраста с позиций онколога, химиотерапевта и кардиолога.

О кардиоонкологии, как новом вызове нашего времени, рассказал профессор Ю.Васюк, член президиума Российского кардиологического общества, вице-президент Национального общества профилактической кардиологии, учёный секретарь и заведующий кафедрой Московского государственного медицинского стоматологического университета им. А.И.Евдокимова. Он представил данные об эпидемиологии злокачественных заболеваний в России и за рубежом, структуре смертности от этой патологии и отметил, что в настоящее время онкологические заболевания являются одной из основных причин смертности, уступая первенство лишь сердечно-сосудистым заболеваниям. Профессор Ю.Васюк акцентировал внимание аудитории на основных группах химиотерапевтических препаратов, обладающих кардиотоксическим действием и вызывающих сердечно-сосудистые осложнения. При этом было отмечено, что современная противоопухолевая терапия, включающая химио-, лучевую и таргетную терапию, позволяют сохранять жизнь и социальную адаптацию онкологическим больным в течение десятилетий, но в отдалённом периоде многие из них погибают от кардиотоксических осложнений. В четырёх его докладах также были представлены уникальные

возможности ультразвуковой диагностической технологии Speckle Tracking, основанной на отслеживании движения сочетания чёрных и белых пятен (т.н. пикселей) в миокарде во время систолы сердца. Эта технология является высокоинформативной и самой современной методикой выявления доклинической дисфункции миокарда.

В заключение профессор Ю.Васюк отметил, что в последние годы кардиоонкология всё чаще оказывается в центре внимания отечественных учёных, однако многие аспекты этой важной междисциплинарной проблемы до настоящего времени остаются малоизученными. Очевидно, что для успешного лечения онкологических больных необходимо взаимодействие кардиологов, онкологов, химиотерапевтов, лучевых терапевтов.

В докладе, посвящённом особенностям развития и течения артериальной гипертензии у пациентов с онкопатологией в Республике Башкортостан, И.Николаева выразила стратегию снижения риска кардиотоксичности при химиотерапии, но отметила, что применение противоопухолевой терапии ограничено из-за их побочных, в ряде случаев тяжёлых кардиотоксических осложнений, крайне неблагоприятно влияющих на прогноз этих больных. В своём выступлении И.Николаева отразила опыт башкирских врачей по диагностике и лечению химиотерапевтической кардиотоксичности.

Современное состояние и достижения онкологической службы республики представил главный специалист онколог Минздрава Башкортостана, главный врач Республиканского клинического онкологического диспансера Руслан Султанов. Он отметил, что в республике реализуются программы по онкологии, отдалённо по лечению рака лёгкого и молочной железы, рассказал о реализации программы «Онкоконтроль», направленной на раннее выявление злокачественных новообразований при анкетировании пациентов, а также сообщил, что с 2018 г. в республике внедрён пилотный проект по раннему выявлению колоректального рака.

Кроме того, предложил выделить в Национальной стратегии по борьбе с онкологическими заболеваниями на долгосрочный период до 2030 г. отдельное направление, связанное с кардиоонкологией.

Также в работе конференции приняли участие известные российские учёные в области медицины: профессор РНИМУ им. Н.И.Пирогова Г.Гендлин, заместитель директора по науке Российского геронтологического научно-клинического центра РUDN профессор Ю.Котовская, профессор Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова М.Полтавская, главный специалист радиолог Минздрава России профессор Ф.Муфазалов, заместитель главного врача РКОД профессор Д.Сакаева, научный сотрудник отдела амбулаторных лечебно-диагностических технологий Национального медицинского исследовательского центра кардиологии Минздрава России кандидат медицинских наук М.Виценя, доцент РНИМУ им. Н.И.Пирогова кандидат медицинских наук Е.Емелина и др.

Учёными и специалистами было отмечено, что несмотря на очевидность проблемы, в мире функционирует лишь несколько десятков крупных многопрофильных медицинских центров, в которых проблемами кардиоонкологии успешно занимаются мультидисциплинарные врачебные команды. Однако в нашей стране нет даже общепринятых рекомендаций по диагностике и лечению осложнений противоопухолевой терапии, подготовленных, детально обсуждённых и утверждённых профессиональным медицинским сообществом, которые могли бы использовать специалисты разного профиля. Для решения этой задачи необходимо тесное взаимодействие между онкологами, химиотерапевтами, кардиологами, реаниматологами, клиническими фармакологами, специалистами по реабилитации.

Таким образом, рост онкологических заболеваний, формирование у них побочных, в ряде случаев тяжёлых кардиотоксических эффектов и осложнений

химиотерапии (АГ, ИБС, перикардиты, аритмии, поражение клапанного аппарата, токсическая кардиомиопатия, ХСН, тромбозы, тромбоземболии, инсульты), увеличение продолжительности жизни онкологических больных, их «доживание» до манифестации сердечно-сосудистой патологии, а также недостаточная осведомлённость врачей первичного звена о кардиотоксических осложнениях химиотерапии, требующих медикаментозной коррекции, указывает на возрастающую роль кардиологов в лечении онкопатологии. Кардиоонкологические проблемы приобретают всё более возрастающее значение в судьбе пациентов онкологического профиля, что требует существенного расширения знаний в этой области и их активной реализации в клинической практике. Бесспорно, решение этой медицинской проблемы должно быть сопряжено с определёнными организационно-методическими преобразованиями и дополнительными материальными затратами в медицинских учреждениях кардиологического и онкологического профиля, что определяет необходимость разработки и внедрения в практику ряда системных мер и решений.

В рамках прошедшей междисциплинарной научно-практической конференции её организаторами и участниками было принято решение активизировать работу по подготовке методических пособий, клинических рекомендаций, образовательных программ для врачей по профилактике, ранней диагностике и коррекции химиотерапевтической кардиотоксичности и осложнений лучевой терапии у онкологических больных, рекомендовать органам здравоохранения создание специализированных коек (отделений) для лечения пациентов с кардиоонкологическими проблемами, выпуск информационных буклетов и проведение школ здоровья для пациентов, получающих противоопухолевую терапию.

Ирина НИКОЛАЕВА,
главный специалист кардиолог
Минздрава Республики
Башкортостан.

Инициатива

Решение кадровой проблемы в здравоохранении нужно искать в школах: завтрашние врачи сегодня сидят за партами и ждут особого приглашения в профессию. А значит, надо идти к ним. В Республике Хакасия с недавнего времени придерживаются именно такой стратегии и результаты видны на лицо.

Так, на базе общеобразовательной школы № 25 Абакана открыты специализированные медицинские классы. На днях министр здравоохранения республики Владимир Костюш провёл встречу с учениками 10-11-х профильных классов, в ходе которой рассказал ребятам о достижениях современной медицины, о непростой и интересной работе врача, о целевой подготовке студентов в медицинских университетах, а также о мерах социальной

Нужны врачи? Ищите в школах

Грамотная профориентация – великое дело



Снимок на память, министр – в центре

поддержки, предусмотренных государством для молодых специалистов.

Будущие врачи смогли задать министру вопросы и, как показала эта встреча, откровенный разговор с руководителем отрасли здравоохранения стал для многих завтрашних выпускников школы решающим: поступать в медицинский вуз или нет. В 2017 г. по целевой программе в ведущие вузы Сибирского федерального округа было зачислено 79 абитуриентов из Хакасии, а в 2018 г. заявки на целевое обучение подали уже 202 человек, выпускников разных школ республики.

Грамотная профориентационная работа регионального Министерства здравоохранения, а также поддержка правительством Хакасии молодых специалистов и врачей дефицитных профилей уже дали значимые результаты. В здравоохранение республики за последние 5 лет привлечено более 600 специалистов, а в 2017 г. в регионе трудоустроено рекордное количество врачей – 168 человек.

Елена ЮРИНА,
МИА Сити!

Абакан.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 10 (2135)

(Окончание. Начало в № 9 от 07.03.2018.)

Общие сведения

Как известно, конъюгированные гипербилирубинемии развиваются при гепатоцеллюлярных повреждениях, например, вирусных и алкогольных гепатитах, холестатических расстройствах, таких как холедохолитиаз и опухольная непроходимость желчных протоков.

Кроме того, они могут иметь место при редких генетически обусловленных синдромах, таких как СДД и СР.

Распространённость

Точных сведений по распространённости нет, поэтому её частота точно неизвестна, но встречается редко. Тем не менее есть во всех странах и, в этих случаях, может стать причиной неясности и ошибок в диагнозе. Поэтому врачам необходимо знание элементарных данных по этой болезни.

Гендерные данные

Чаще встречается у мужского пола. В материале Krishnani, Pandey (2006) из 20 случаев наблюдавшихся ими пациентов с СДД было 13 мужчин и 7 женщин.

Значимость этнической принадлежности

Есть сведения, что 70% от всех болеющих составляют евреи иранского происхождения (не исключено, что это связано с эффектом родоначальника). Болеют также евреи-ашкенази. Встречается также среди других этнических групп.

Возраст проявления (пенетрантность)

Хотя заболевание генетически обусловлено, проявляется она наиболее часто в 20-30 лет. В ряде случаев латентно текущий синдром манифестируется (пенетрирует) при экстремальных ситуациях. Varanguán, García, Miramar (2017) описали 10-летнего пациента, у которого СДД выявился после аппендэктомии с перитонитом.

Иногда встречаются случаи проявления синдрома с рождения (с неонатального возраста).

Rastogi, Krishnani, Pandey (2006) наблюдали 20 случаев собственных больных с СДД (выявленных с января 1991 г. по март 2005 г.). Возраст пациентов варьировал от 7 до 63 лет (медиана 21 год).

Этиология

Kartenbeck et al. в 1996 идентифицировали мембранный белок, опосредующий АТФ-зависимый перенос глюкуроновых конъюгатов, как белок с множественной лекарственной устойчивостью (MRP). MRP – белок-переносчик, осуществляющий транспорт лекарственных средств через биологические мембраны, приводящий, в конечном счёте, к определённой биодоступности препаратов. Ген белка расположен на хромосоме 10q24, а сам белок локализуется на канальцевой и латеральной гепатоцитарной цитоплазматической мембране. В данном исследовании авторы, используя двойную метку иммунофлуоресценции и конфокальную лазерную сканирующую микроскопию с применением антител, направленных против MRP и дигидропептидазы IV, показали, что при СДД отсутствует канальцевая изоформа MRP (сMRP) в вышеуказанных областях гепатоцитов. Была обнаружена другая изоформа данного белка в боковой гепатоцитарной мембране пациента. Кроме того, MRP присутствовал на иммуноблотах мембран эритроцитов у больных СДД и здоровых людей.

Авторы считают, что эти данные аналогичны тем, что были ими сообщены ранее о локализации гена MRP и его канальцевой изоформы (сMRP) в печени здоровых и транспортёр-дефицитных крыс GY/TR-Wistar. Ими была выдвинута гипотеза о том, что высечение селективного отсутствия изоформы MRP в канальцевой мембранной области в сочетании с определённой субстратной специфичностью насосов, содержащих конъюгаты MRP и сMRP, способствуют определению причины СДД.

В 1997 г. Paulusma et al. опубликовали работу, в которой было показано, что у мутантного штамма крыс Вистар был выявлен фенотип очень похожий на СДД. А как известно, у этих крыс имеется генетически обусловленный дефицит канальцевого мультиспецифического органического анион-транспортёра, который в норме опосредует АТФ-зависимый перенос широкого спектра эндогенных и ксенобиотических соединений (в том числе и билирубина) через (апикальную) канальцевую мембрану гепатоцита.

Представляет интерес то, что при клонировании крыс Вистар этот дефект наследуется. Делается вывод, что именно такая мутация является причиной развития СДД.

Tate et al. (2002) указывали на то, что СДД является наследственным расстройством, фенотипически характеризующимся сопряжённой гипербилирубинемией, и оно вызвано мутациями гена канальцевого мультиспецифического органического анион-транспортёра – белка множественной резистентности 2 (MRP2)/АТФ-связывающей кассеты, подгруппы С, члена 2 (ABCC2). Белок ABCC2 обычно образуется в эндоплазматическом ретикулуме комплекса Гольджи и переносится в каналикулы апикальной

мембраны гепатоцитов. Ряд мутаций гена этого белка вызывают нарушение созревания и торможение образования конечного продукта. Keitel et al. (2003) также считали, что в основе СДД лежит резкое нарушение поступления белка множественной лекарственной устойчивости 2 (MRP2, символ ABCC2) в канальцевую мембрану гепатоцитов. Nisa, Ahmad (2008) уточняют, что СДД связан с наследственными дефектами генов и белков, что приводит к нарушению секреции билирубиновых пигментов с желчью и проявляется как рецидивирующая желтуха с сопряжённой гипербилирубинемией. Дефект обусловлен отсутствием каналикулярного белка MRP2, который обычно способствует транспорту желчной глюкуронидазы и связанных с ним органических анионов в желчь.

Наследование

Практически все авторы считают, что СДД – аутосомно-рецессивное наследственное расстройство метаболизма билирубина (Mzabi-Regaya et al., (2002); Machida et al., (2004); Liu et al., (2012); Li et al., (2013); Okada et al., (2014).

Молекулярно-генетическая основа

Kajihara et al. (1998) указывали на то, что у крыс Вистар, у которых выявлен генетически обусловленный дефицит канальцевого мультиспецифического органического анион-транспортёра (сMOAT), имеется высокопенетрантный фенотип СДД. Этот белок опосредует АТФ-зависимый перенос широкого спектра эндогенных и ксенобиотических соединений через апикальную канальцевую мембрану гепатоцита. Авторы у пациента с СДД также нашли новое нуклеотидное замещение в экзон-интронном соединении гена сMOAT, что ведёт к синтезу кДНК в печени с делецией экзона 67bp.

Toh et al. (1999) также пишут о том, что СДД обусловлен дефектом в канальцевом мультиспецифическом органическом анион-транспортёрном гене MRP2/сMOAT. Авторы провели исследование структуры экзона/интрона гена MRP2/сMOAT здоровых, а затем оценили мутации у пациентов с СДД. По их мнению, ген MRP2/сMOAT человека содержит 32 экзона и имеет структуру, которая является высококонсервативной, чем структура одного мутированного гена АТФ-связывающей-кассеты – MRP2. Исследователи у обследованных ими пациентов выявили 3 мутации, в том числе две новые. Все мутации, идентифицированные на сегодняшний день, находятся в цитоплазматическом домене, который включает в себя два АТФ-связывающих участка (кассеты) и линкерную область или соседний предполагаемый трансмембранный домен. Из исследования авторы делают заключение: MRP2/сMOAT является геном, отвечающим за СДД. Сосредоточение мутаций в АТФ-связывающем-кассетном домене, достоверно (Regaya et al., 2002; Bosia et al., (2008) свидетельствует о том, что нарушение этой области является критическим фактором потери функции синтеза белков MRP2/сMOAT.

Возможность наличия этнических различий показали Kagawa et al. (1999). Они считают предположительным то, что фенотип СДД связан с нарушением экспрессии канальцевого мультиспецифического органического анион-транспортёра (сMOAT), который переносит органические анионы небелковой соли билирубина в желчь. Авторы отмечают, что у одного кавказца с СДД была

выявлена мутация начиная от аргинина (Arg) до стоп-кодона в кодоне 1066 гена сMOAT. В своей работе авторы провели поиск такой мутации у японцев с СДД. Геномные ДНК были выделены из лейкоцитов шести японских пациентов, а фрагменты, охватывающие кодон 1066, амплифицировали с помощью ПЦР. Переваривание амплифицированных фрагментов рестрикционным ферментом TaqI показало, что у всех шести пациентов не было мутации R1066X. Какая-либо другая мутация в Arg1066 гена сMOAT также не была подтверждена прямым секвенированием амплифицированных продуктов. Делается вывод, что мутация R1066X не является основной у японцев больных СДД и необходимы дальнейшие поиски в этом направлении.

В этом ничего необычного нет. Многие авторы в своих работах по генетике СЖ у абсолютно здоровых людей находили гомозиготные мутации TAA7/TAA7, которые у большинства людей обычно ведут к разрыву выраженной формы СЖ, и которая не развивалась у ряда таких гомозигот. Это свидетельствует об особенностях экспрессии эффекта гена у этих людей или наличии

выявила полное отсутствие MRP2 в канальцевой мембране гепатоцитов. Авторы из своего исследования выводят заключение, что мутация предка IVS8 + 4A – >G вызывает СДД у ашкеназских евреев путём прекращения нормального сплайсинга интрона 8, приводящего к aberrантно сплайсированным продуктам, которые прогнозируют мутацию гена и дефективность белка MRP2.

Выявление новых мутаций генов, которые приводят к развитию СДД продолжается постоянно. Так, Tate et al. (2002) у японского пациента с СДД при помощи ПЦР и секвенирования ДНК выявили 2 мутации. Одна из них была уже известной – 1815 + 2 T>A) в сайте донора сплайсинга интрона 13. Вторая – новая нонсенс мутация, связанная с замещением С>Т аминокислоты в 3928 нуклеотиде экзона 28.

По данным Keitel et al. (2003), относительно частой мутацией при СДД является та, что приводит к обмену двух гидрофобных аминокислот, изолейцина в 1173 положении на фенилаланин (MRP2I1173F), в известной внеклеточной петле MRP2. Клетки HEK-293, стабильно трансфицированные с помощью

Синдром Криглера – Найяра

каких-то других факторов, играющих роль в развитии гипербилирубинемий.

Своеобразную работу по генетике СДД провели Tsujii et al. (1999), которые определили границы экзона/интрона гена белка MRP2 человека и исследовали усиленные интроны на наличие мутаций. Установлено, что длина гена белка MRP2 составляет приблизительно 45 килобаз. Белок содержит 32 экзона и большую долю интронов класса 0. Авторы у 2 пациентов с СДД обнаружили нонсенс-мутацию в кодоне 1066 и мутацию-делецию 6 нуклеотидов, влияющую на кодоны 1392-1394. Белок MRP2 отсутствовал в канальцевой мембране обоих пациентов. Делается вывод, что установленные в этой работе границы экзона-интрона облегчают анализ дополнительных мутаций в гене MRP2.

Mor-Cohen et al. (2001) изучали мутации в двух группах пациентов – иранских и марокканских евреев – с СДД. Все 32 экзона и смежные области гена MRP2 были подвергнуты скринингу с помощью ПЦР и секвенирования ДНК. Две новые мутации были идентифицированы в экзоне 25. Одна мутация 3517A – >Т, предсказывающая замещение I1173F, была обнаружена у 22 гомозиготных иранских еврейских пациентов с СДД из 13 неродственных семей и вторая мутация 3449G – >А, предсказывающая R1150H замещение, была обнаружена у 5 гомозиготных марокканских еврейских пациентов с СДД из 4 неродственных семей. Использование четырёх внутривенных диморфизмов и анализа гаплотипов раскрывает специфический эффект основателя для каждой мутации. Мутации создавали в векторе экспрессии MRP2 путём сайт-направленного мутагенеза, трансфицировали в клетки HEK-293 и исследовали с помощью анализа переноса флуоресценции, иммуноблота и иммуноцитохимии. Непрерывное измерение чувствительности пробенцид-карбоксифлуоресцеина показало, что обе мутации нарушают транспортную активность MRP2. Анализ иммуноблотов и иммуноцитохимии выявил, что в норме MRP2 (R1150H) созревает должным образом и локализуется в плазматической мембране трансфицированных клеток. Напротив, экспрессия MRP2 (I1173F) при СДД была низкой и неправильно помещалась в эндоплазматическом ретикулуме трансфицированных клеток. Полученные авторами данные дают объяснение фенотипа СДД в этих двух группах пациентов. Более того, близкая локализация этих двух мутаций идентифицирует эту область MRP2 как важную для активности и выработки белка MRP2 (R1150H).

В другой работе они же (Mor-Cohen et al., 2005) изучили мутацию, вызывающую СДД у евреев-ашкенази и оценили возможный эффект основателя. При исследовании последовательности всех 32 экзона гена MRP2 была выявлена новая мутация IVS8 + 4A – >G у трёх неродственных гомозигот. Анализ гаплотипов с использованием четырёх внутривенных диморфизмов раскрыл эффект основателя для мутации. RT-PCR и анализ ПЦР в реальном времени мРНК у одного пациента выявили три варианта сплайсинга, приводящие к сдвигу кадров и прогнозируют формирование преждевременных терминальных кодонов. Основной вариант сплайсинга был следствием использования сайта критического донорного срачивания внутри экзона 8. Биопсия печени у одного пациента

кДНК MRP2I1173F, синтезировали мутантный белок, который был главным образом гликозилированным, преимущественно накапливался в эндоплазматическом ретикулуме и перерабатывался (деградировался) протеасомами. MRP2I1173F не опосредовал АТФ-зависимый перенос лейкотриена С (4) (LTC (4) в везикулы из плазматической мембраны и эндоплазматический ретикулум, хотя MRP2 был нормален и функционально активен. Эти авторы использовали человеческие клетки HepG2 (гепарG2) для изучения локализации MRP2I1173F в поляризованной клеточной системе. Количественный анализ показал, что GFP-маркированный MRP2I1173F был локализован на апикальной мембране только у 5% трансфицированных поляризованных клеток HepG2 по сравнению с 80% для нормального MRP2-GFP. Нарушение созревания белка MRP2I1173F, приводящее к образованию неактивного изомера, сопровождающегося протеасомным его разрушением, объясняет недостаточную гепатоцитарную элиминацию, наблюдаемую у пациентов с СДД.

Machida et al. (2004) изучив ген MRP2 у японки с СДД нашли гомозиготную мутацию 2125T>С в экзоне 17. Эта мутация ведёт к замене в 709 положении триптофана на аргинин (W709R) в первом АТФ-связывающем блоке белка MRP2. Авторы делают вывод, что данная мутация гена MRP2 лежит в основе развития СДД у этой пациентки.

Новые гетерозиготные мутации гена, ведущего к СДД, обнаружили Okada et al. (2014) – W709R (T2145C) – миссенс-мутации в экзоне 17 и R768W (C2302T), и в экзоне 18. Отношение сывороточного дигликуронозилбилирубина (конъюгированного) к неконоъюгированному (моноголикуронозилбилирубин) было высоким.

Lee et al. (2006) описали 4 больных с СДД – двое диагностированы в течение неонатального периода и двое – в подростковом возрасте, которых они наблюдали в течение 5-20 лет. Мутационный анализ в гене MRP2/ABCC2 проводился у всех. Было обнаружено шесть новых мутаций, включая 3 делеции (2748del136, 3615del229 и Del3399-3400), 2 миссенс-мутации (L441M и E1352Q) и 1 нонсенс-мутация (Y1275X). Двум пациентам была сделана биопсия печени. Иммуногистохимическое окрашивание срезов, у которых СДД развился ещё в неонатальном периоде, показало отсутствие в гепатоцитах белка MRP2. Авторами был проведён анализ ранее сообщавшихся случаев СДД и до 10-летнего возраста у всех были обнаружены мутации с участием одной из двух АТФ-связывающих доменов гена (ABC) MRP2. Это исследование показывает, что те больные, у которых СДД развивается в неонатальном возрасте, нуждаются в многолетнем диспансерном наблюдении из-за возможного рецидива и/или вторых приступов желтух в более позднем периоде жизни. Выявление нарушений в функционально важных доменах ABC в белке MRP2 может быть связано с более ранним началом заболевания.

У 76-летней женщины с выраженной желтухой, страдающей хроническим перикардитом, Kanda et al. в 2009 г. провели тщательное генетическое исследование и выявили множество дефектов гена ABCC2. Были проанализированы все экзоны и экзон-интронные соединения этого гена с помощью секвенирования ДНК. Выявилась

делеция большого участка ДНК – 1008 пар оснований, включая весь экзон 7 гомозиготного типа. В интронных регионах выявлялись некоторые мутации в гене *ABCC2*, связанные с ошибками сплайсинга. Авторы указывают, что они открыли новый тип крупномасштабной делеции в последовательности геномной ДНК, которая приводит к СДД.

Патогенез

Наличие разных механизмов транспорта билирубина и желчных кислот можно проиллюстрировать на примере СДД, при котором нарушается экскреция конъюгированного билирубина, но сохраняется нормальная экскреция желчных кислот.

Как видно из вышеприведенных данных по молекулярно генетическим исследованиям, СДД развивается у тех пациентов, у которых по тем или иным причинам возникают различные мутации (классические, миссенс и нонсенс мутации: делеции, точечные замещения аминокислот) в различных генах, но преимущественно в гене *MRP2*, который обычно кодирует и ведёт к синтезу белка одноимённого названия (имеется и вторая аббревиатура – *ABCC2*). В норме этот белок синтезируется в эндоплазматическом ретикулуме гепатоцитов и оттуда переносится в каналы апикальной (частично) – латеральной мембраны гепатоцитов. Непрямой билирубин поступает в гепатоцит, здесь глюкуронизируется и превращается в конъюгированный (связанный, прямой). Далее в норме эта фракция билирубина связывается с мультиспецифическим органическим анион-транспортёром (*SMOAT*) и переносится в желчные капилляры, окутывающие печёночные трабекулы. После этого он по желчным путям собирается в желчный пузырь, оттуда поступает в кишечник и выводится из организма.

При мутации гена белок *MRP2* или не синтезируется вовсе или синтезируется дефективный (незрелый – Keitel et al., 2003), приводящий к образованию неактивного изомера, поэтому он не выявляется в каналах мембран гепатоцитов. Результат – прекращение переноса связанного билирубина из гепатоцита в желчные пути, накопление его в больших количествах в гепатоцитах, затем частичный возврат его в кровь, а частично – отложение в гепатоцитах в виде особого пигмента. В крови повышается количество связанного билирубина, это приводит к желтухе и при целенаправленном обследовании к диагностике как СДД.

Патоморфология

При лапароскопии или оперативных вмешательствах у больных СДД обнаруживается тёмное окрашивание печени. Zimniak (1993) отмечал, что тёмный цвет печени проявляется у людей и овец, имеющих дефект белка *MRP*, но не (или в меньшей степени) у крыс-альбиносов с тем же дефектом в генах. Изменение цвета печени связано с осаждением в гепатоцитах конъюгированного билирубина, который не может быть секретирован в желчь.

Sobaniec-Lotowska, Lebensztejn (2006) изучали ультраструктуру клеток Купфера и гепатоцитов в срезах биоптатов, фиксированных в глутаральдегиде и параформальдегиде и обработанных для ультрамикроскопирования у 17-летнего больного с СДД. Ультраструктурные исследования выявили накопление, связанное с мембраной электронно-плотных лизосомальных гранул в цитоплазме гепатоцитов, характерных для СДД. Они располагались в основном вблизи желчного полюса и преимущественно в центробулярной области, что соответствовало отложениям пигмента, наблюдаемым под световым микроскопом. Скопление гранул сопровождалось расширенными элементами гранулярного эндоплазматического ретикулума, паракристаллическими митохондриальными включениями и расширением желчных канальцев. Выявлена также выраженная стимуляция и повышение фагоцитарной активности клеток Купфера. Это проявилось в накоплении пигментных отложений в пределах их цитоплазмы, соответствующих тем, которые наблюдались в гепатоцитах. Гиперактивные периферические клетки Купфера, которые участвуют в реакции на пигментный материал, происходящий из распадающихся эритроцитов, могут играть существенную роль в развитии пигментных отложений.

Клинические проявления

Основным проявлением СДД является достаточно выраженная, иногда постоянная желтуха. Последняя может развиваться как сразу после рождения (неонатальная желтуха), так и в подростковом и более позднем возрасте (до 20-25 лет). Она может

быть и постоянной, и периодической. Так в случае Lee et al. (2006) желтуха развивалась в неонатальном периоде, затем утихла и повторялась периодически в подростковом возрасте.

Как и при многих других заболеваниях симптоматика может и манифестировать и становиться более яркой при наложении инфекций, больших нагрузок, стрессовых ситуаций.

Желтуха, как правило, достаточно выраженная, прокрашиваются и белки глаз, и кожные покровы, и слизистые. В то же время особых жалоб нет (это, по-видимому, связано с тем, что прямой билирубин не столь токсичен, как непрямой). Мягкое течение заболевания некоторые авторы объясняют ещё и тем, что в мембране гепатоцитов может быть сохранена остаточная транспортная активность, катализируемая другими (не *MRP2*) транспортными белками (Zimniak 1993).

Могут быть болевые ощущения в области рёбер с правой стороны, лихорадка (Krishnani, Pandey, 2006)

У небольшого числа пациентов отмечен лёгкий зуд кожи, астеноневротические явления. Эти симптомы, как правило, обусловлены не столько патологией, сколько психосоматическими явлениями – внешний вид, знание о том, что желтуха признак заболеваний печени, «милосердное» (жалостливое) словесное и мимическое воздействие на них как сверстников, так и взрослых не могут не сказаться на психике таких пациентов.

В клинику нельзя не включить выраженное беспокойство родителей, нередко многочисленные походы по врачам различных специальностей, растерянность в связи с тем, что обнаруживается высокий билирубин, но другой функциональной патологии нет, нет вирусов гепатитов В и С, D, E или других типов, нет признаков гемолиза, интоксикации (алкоголизма, наркомании, работы на профопасном объекте и т.д.) – всё это также составляет круг клинических явлений СДД, который «крутится» до появления мысли о наследственных гипербилирубинемиях. После прихода в голову врача или пациента мысли о таком заболевании все вопросы диагностики и тревоги о заболевании во многом облегчаются и направляются по правильному пути, который в РФ не так уж и лёгок, и каждый решает, кто как может, кто где живёт и какими финансами располагает.

Диагностика

В step by step диагностике СДД при первом шаге не мешает помнить о национальности. Хотя, слава природе, она ныне насильно не вписывается в паспорт, в тактичном «опросе» об этом ничего зазорного нет. Поскольку из литературы известно, что 70% больных приходится на евреев иранского происхождения, а ещё к ним присоединяются ашкенази, то национальность может стать фактором «диагностического толчка» для врача – это в какой-то мере может помочь в возникновении мысли о наличии у данного «желтушника» СДД. Следующим шагом может быть то, что выраженная желтуха не сопровождается выраженными жалобами. Если имеется то, о чём я говорил выше – боли в животе, в области печени, субфебрилитет, зуд – эти жалобы можно записать, но едва ли их можно считать патогномоничными для описываемого синдрома.

Не выявляется ни один периферический признак цирроза печени: расширенные подкожные вены живота; телеангиоэктазии (ретикулярный варикоз) – мелкие расширения капилляров с точкой в центре и расхождением вокруг в виде лучей, часто локализованные на лице, плечевых областях, верхней части груди; редкий волос; атрофия тестикул, «белые» ногти, исхудание, гинекомастия, выраженный варикоз живота, исхудание.

Дальнейшее «степирование» – пальпация живота, печени, селезёнки, лимфоузлов – мало что выявляет, гепатоспленомегалия наблюдаются чрезвычайно редко, лимфаденопатия также.

Наступает шаг инструментально-лабораторный. Данные УЗИ печени при СДД в научной литературе встречаются чрезвычайно редко, но в принципе, как уже указывалось, гепатоспленомегалия или изменения желчных путей при этом методе выявляются редко и не могут служить характерными признаками СДД.

Важным исследованием может оказаться современное гепатосканирование, которое покажет, что ни фиброза, ни цирроза у пациента нет.

МРТ также поможет выявить отсутствие грубой морфофункциональной патологии.

Предлагаются ещё 2 современных инвазивных холецистографических методики:

1. Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ) – исследование желчных и панкреатических протоков. С помощью фиброгастроуденоскопа протоки заполняются контрастным веществом (специальным составом, за распространением которого можно наблюдать на экране рентгеновского аппарата).

2. Чрескожная чреспечёночная холангиография – эндоскопическое исследование желчных протоков после введения йодсодержащего контрастного вещества.

Одним из самых доказательных диагностических шагов является неинвазивный метод холесцинтиграфии с радиоизотопом технеция (холесцинтиграфия – радиоизотопное исследование желчевыводящей системы). При холесцинтиграфии в организм вводится радиофармакологический препарат, чаще всего с радиоизотопом технеций-99т, который способен интенсивно накапливаться в желчи.

Патогномоничным для СДД является выраженное накопление изотопа в печени при неконтрастируемости жёлчного пузыря и жёлчных протоков.

Var-Meir et al., в 1982 г. произвели холесцинтиграфию изотопом ^{99m}Tc -HIDA у 6 пациентов с СДД и у 1 – с СР. У пациентов с СДД холесцинтиграммы имели характерную картину задержки визуализации или отсутствие контрастирования желчного пузыря и желчных протоков, при выявлении интенсивной, однородной и продолжительной визуализации печени. У пациента с СР гепатобилиарная система вообще не визуализировалась. Сделан вывод о том, что холесцинтиграфия ^{99m}Tc -HIDA может играть определённую роль при дифференциальной диагностике СДД и СР.

В 1990 г. Zimácek et al. также провели изучение выделительной функции печени с помощью радиоактивного технеция (^{99m}Tc -EHIDA) у 26 человек в 6 семьях с СДД. Они оценили гепатобилиарную кинетику по измерениям активности ряда образцов крови – полупериод снижения быстрой и медленной фаз экскреции технеция и процент удержания его в крови на 45-й минуте. Показатели в группе здоровых субъектов составляли $3,4 \pm 0,6$ мин., $49,1 \pm 8,5$ мин. и $9,9 \pm 1,7\%$. У 12 пациентов с полностью развитой клинической картиной СДД печень была визуализирована интенсивно и однородно в течение 10 минут, ещё через 10 – контрастность увеличилась. Внутрипечёночные желчные пути не визуализировать, прохождение активности в просвете кишечника задерживалось 60-120 минут, а задержка в печени продолжалась более 120. Желчный пузырь был визуализирован за 6 минут, – поздно и с низкой интенсивностью. Длительная задержка контраста в печени: у 7 испытуемых более 60 минут, у 14-90 и у одного – выше 120. Период быстрого выведения технеция колебался от 4 до 9 минут, а процент задержки технеция в крови – от 12 до 27,1%. Эти данные свидетельствуют, что исследование с помощью радиоактивного технеция – малоинвазивный, ценный метод диагностики СДД.

Одним из самых доказательных исследований – это лапароскопия (разумеется, если потребуются по каким-то другим причинам – лапаротомия). Этот метод позволяет воочию видеть тёмно-зелёное окрашивание поверхности печени, произвести безопасную, тонкоигльную пистолетную или аспирационную биопсию печени с последующим гистологическим, гистохимическим и генетическим исследованием полученного материала ткани печени (Bosia et al., 2008). По данным Zimniak (1993) при лапароскопии выявлялась тёмнопигментированная печень, в биопсийном материале печени при световой микроскопии: сохранённая структура, ткань зелёного или темно-коричневого цвета. В гепатоцитах – специфический пигмент.

Park, Cho, Jeong (1990) сравнивали пигмент, выявляемый при СДД с пигментом, находимым при *melanosis coli* (*M.coli* – тёмное пигментирование стенки кишечника, выявляемое как находку при лапароскопии. С каким-либо заболеванием пока связать не удалось. Пигмент *melanosis coli* оказался похож на липофусцин, поскольку он окрашивался положительно Шифф-реакцией, масляным красным 0 и Виктория голубым и давал отрицательные реакции на иммуногистохимические окрашивания пятен белка S-100 и специфическую энлазу нейтронов. Он имел сходство с меланином, как показывает положительная реакция на окраску по Фонтана – Массон и отрицательную аутофлуоресценцию. При исследовании пигмента у больных СДД выявлены примерно те же самые гистохимические и иммуногистохимические характеристики, как у *melanosis coli*. Эти результаты свидетельствуют о том, что пигмент, выявляемый в ткани печени при СДД, является вариантом липофусцина.

Lu et al. (2011) изучили печень больных СДД, сочетающимся с хроническим гепатитом В. Было обследовано 11 человек с СДД, сочетающегося с хроническим вирусным гепатитом В, и 5 случаев без такого сочетания. Гистопрепараты исследовались под электронным микроскопом. У микст-больных в гепатоцитах выявлены миелоноподобные гранулы, чего не было у тех, кто болел только СДД. Электронную плотность и объём пигмента у пациентов с СДД в сочетании с хроническим гепатитом В, авторы подразделили на 5 типов: красный (2/11 или 18,2%), сетевидный (1/11 или 9,1%), точечный (6/11 или 54,5%), необычный (1/11 или 9,1%) и первичный (1/11 или 9,1%). Миелоноподобные тела в гепатоцитах пациентов с СДД без гепатита имеют высокую плотность, они круглые и с оболочкой. Авторы обозначили их как «основной тип» (5/5 или 100%) и считают, что они являются важными диагностическими признаками.

Luo, Zhang (2000) провели изучение экспрессии белка S-100 и HMB45 в гепатоцитах на основе гистохимии, иммуногистохимической, световой и электронной микроскопии биоптатов печени у больных с СДД. Оценивали пигментные гранулы и экспрессию белка. Гистологическое исследование выявило нормальную лобулярную архитектуру и обильные коричневые пигменты, которые в основном наблюдались в гепатоцитах центробулярной зоны. При гистохимическом исследовании и электронной микроскопии было показано, что пигментные гранулы состоят как из липофусцина, так и из меланина (иммуногистохимия свидетельствовала о меланине). Авторы делают вывод, что пигментные гранулы, выявляемые в печёночных клетках при СДД, представляют собой комплекс липофусцин-меланин.

Лабораторная диагностика – также важный шаг.

Билирубин в крови. Прежде всего при лабораторной диагностике следует определить билирубин в сыворотке крови. Как правило, повышен общий билирубин, но в основном прямая его фракция, что может помочь в диагностике, и в дифференциальной диагностике СЖ и СДД.

Сведения о конкретном уровне билирубина в сыворотке крови в иностранной литературе отрывочны. У обследованных Krishnani, Pandey (2006) 20 случаев СДД общий уровень билирубина в сыворотке составлял от 1,4 до 13 мг/дл (в среднем 4,4 мг/дл – 73,4 мкмоль/л). Korkmaz et al. (2011) считают, что при СДД конъюгированная гипербилирубинемия умеренна – не более 20 мг/дл (334 мкмоль/л). Если же она превышает эти цифры, то следует обязательно искать другую причину заболевания. Например, они описали пациента, у которого выявилось сочетание СДД с МСЦ. Авторы отмечают ещё одну особенность – у таких больных выявляется высокий (как при СР) уровень копропорфирина, чем это обычно характерно для моно СДД.

В отечественной (общинтернетовской) литературе имеются большие расхождения, делающие эти цифры непригодными для доказательной базы. Для примера ниже приводятся утверждения из трёх статей: 1) Содержание общего билирубина в сыворотке крови находится в пределах 34,2-85,5 мкмоль/л. 2) Гипербилирубинемия достигает уровня 100 мкмоль/л и выше в основном за счёт конъюгированной фракции. 3) Обычно повышение содержания общего билирубина в сыворотке крови достигает 68,4-138,8 мкмоль/л.

Билирубин (прямой) может быть определён и в моче. В норме он не выявляется, хотя считается, что за сутки выводится с мочой в количестве 4 мг. Но это мизерные количества и обычными методами исследования они не обнаруживаются – результат исследования должен быть отрицательным. Выделение таких микродоз билирубина с мочой практически не отражается и на её цвете.

При СДД моча даже при макроосмотре может иметь тёмный цвет из-за повышенного содержания в ней прямого билирубина, который печень не сумела вывести с желчью в кишечник и фермент попал в кровь и почки. Билирубинурия нарастает особенно в период обострения болезни.

Одним из диагностических тестов считается тест с нагрузкой фенобарбиталом (Kimura et al., 1991). Пероральное введение фенобарбитала в дозе 30-180 мг в сутки в течение 2-4 недель при СДД значительно уменьшает уровни билирубина и желчных кислот в сыворотке.

(Окончание следует.)

Ибрагим ШАМОВ,
профессор.

Дагестанский государственный
медицинский университет.

В апреле 2016 г. на Ассамблее ВОЗ было принято решение о глобальной ликвидации вирусных гепатитов, как проблемы общественного здравоохранения к 2030 г. Необходимость программы определяется значимостью для человечества этих инфекций, а также разработкой современных вакцинных и лечебных препаратов, которые могут защитить и вылечить больных вирусными гепатитами. Кроме того, накоплены знания по использованию новых, современных методов эпидемиологического анализа, позволяющих реально оценить бремя вирусных гепатитов и уровень необходимых затрат для реализации разработанных в программе задач. Принципиально новые подходы по воздействию на все три звена эпидемического процесса вирусных гепатитов (источник инфекции, пути передачи возбудителя и восприимчивый организм) позволяют ожидать достижения поставленной цели. ВОЗ и Европейское бюро ВОЗ разработали «Глобальную стратегию сектора здравоохранения по вирусному гепатиту 2016-2021 гг. на пути к ликвидации вирусного гепатита», в которой определены: основные положения стратегии; перспективное видение, цель, целевые показатели и руководящие принципы; стратегические направления и первоочередные действия.

Учитывая, что Российская Федерация подписала резолюцию Ассамблеи ВОЗ «О ликвидации вирусных гепатитов», мы обязаны разработать соответствующую программу для нашей страны.

В послании Президента Российской Федерации В.В.Путина Федеральному собранию 1 марта 2018 г. поставлены задачи, в аспекте которых может быть рассмотрена и проблема борьбы с вирусными гепатитами. Прежде всего, задачу по контролю и искоренению вирусных гепатитов необходимо рассматривать как амбициозную, которая может и должна быть решена российским здравоохранением.

В послании уделено значительное внимание демографическим проблемам России и увеличению продолжительности жизни граждан. Как известно, вирусные гепатиты являются существенным бременем для экономики России, поражая в основном трудоспособное население (Н.Юшук с соавт., 2012, 2013, Н.Якушечкина с соавт. 2013, И.Никитин с соавт., 2015 и др.). Доля смертей от вирусных гепатитов в трудоспособном возрасте составляет почти 70%. Причём, смертность от этой патологии с 2012 по 2016 г. возросла среди всего населения на 40%, а среди трудоспособного – на 60%. Вирусные гепатиты приводят также к увеличению летальных исходов от цирроза, рака печени и ряда других заболеваний. По подсчётам ВОЗ число смертей, ассоциированных с гепатитами, сопоставимо с уровнем смертей от ВИЧ. Исходя из этого расчёта, в РФ вирусные гепатиты ежегодно являются причиной гибели не менее 20 тыс. человек, жизни которых можно было бы сохранить.

В Послании В.В.Путина сказано: «К концу следующего десятилетия Россия должна уверенно войти в клуб стран «80 плюс», где продолжительность жизни превышает 80 лет. Это в том числе такие страны, как Япония, Франция, Германия. При этом опережающими темпами должна расти продолжительность именно здоровой, активной, полноценной жизни, когда человека не ограничивают, не сковывают болезни». Борьба с вирусными гепатитами может внести существенный вклад в достижение поставленной цели.

Проблема вирусных гепатитов является многофакторной, и для её решения необходимы усилия медицинской науки, здравоохранения и всего общества. Несомненно, обязательна интеграция борьбы с вирусными гепатитами в борьбу с ВИЧ-инфекцией, наркома-

субъектов РФ. Для исследования предлагаются республики Татарстан, Саха (Якутия) и Калининградская область.

Значение вирусных гепатитов и ситуация в РФ

Значимость всех форм вирусных гепатитов (гепатит А, В, С, D и E) для страны очевидна. Сохраняются относительно высокие показатели заболеваемости вирусными гепатитами, особенно хроническими гепатитами С и В. При этом каждый из вышеперечисленных гепатитов имеет свои особенности: по распространению (по регионам, возрастным группам и группам риска); тяжести те-

селения) обеспечивает успех в этом направлении. Однако, необходимо отметить усиление антивакцинального лобби, выступающего против иммунизации, особенно новорождённых детей.

Центральной проблемой ГВ остаётся высокий уровень хронического ГВ (ХГВ) (количество вновь зарегистрированных случаев больных ХГВ в 2017 г. – 14 073, что составило 9,61 на 100 тыс.) Считают, что на территории РФ проживает более 3 млн больных ХГВ. Причём, эти пациенты являются резервом развития цирроза печени и первичного рака, обеспечивая

регионов. Особенность проблемы усугубляется и отсутствием эффективных методов терапии. Однако, необходимость репликации ВГВ для существования D-инфекции определяет вакцинопрофилактику против ГВ как основной инструмент профилактики ГД.

Гепатит E (ГЕ): Официальная регистрация заболеваемости ГЕ была начата в РФ лишь в 2013 г. На протяжении прошедших лет она имеет низкие показатели. Так, в 2017 г. она составила всего 0,11 на 100 тыс. человек (158 заболевших). В то же время в этом году в таких странах, как Великобритания и

Перспективы

Проект программы по контролю и ликвидации вирусных гепатитов, как проблемы общественного здоровья в Российской Федерации

нией, развитие отечественной фармацевтической и иммунологической промышленности. Учитывая, что вирусы гепатитов В, С и D являются агентами, вызывающими рак печени, борьба с ними должна быть интегрирована в будущую «специальную общенациональную программу по борьбе с онкологическими заболеваниями», предложенную Президентом нашей страны.

В связи с этим, весьма актуальным является предложение по разработке Стратегии по контролю и искоренению вирусных гепатитов в Российской Федерации до 2030 г., основанной на рекомендациях ВОЗ (Глобальная стратегия здравоохранения по вирусным гепатитам 2016-2021 гг.). В данном проекте обобщён многолетний опыт работы лаборатории вирусных гепатитов НИИ вакцин и сывороток им. И.И.Мечникова, научно-исследовательского центра Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования Минздрава России, кафедры инфекционных болезней и эпидемиологии МГМСУ им. А.И.Евдокимова и Высшей школы организации и управления здравоохранением. В разработке проекта программы принимают участие доктора медицинских наук, профессора Е.Малинникова, К.Кюрегян, О.Знойко, Е.Климова и др.

Для разработки стратегии на первом этапе **обязательно требуется объективная оценка распространённости этой патологии в популяции среди различных возрастных групп населения, для того чтобы в последующем определить специфические меры по профилактике и лечению гепатитов среди этих групп.** Для этого необходимо проведение эпидемиологического исследования (выявление маркёров гепатитов В, D, С, А и E) на территории как минимум трёх

высокий уровень летальности, связанной с ВГВ. Исследования, проведённые в Европейских странах и США, продемонстрировали, что бремя, которое несёт здравоохранение мира от ГВ, значительно выше, чем считали ранее. Практически нет учёта скрытых форм ГВ и случаев реактивации ГВ.

Гепатит С (ГС): Сегодня ГС занимает центральное место в программах по ликвидации вирусных гепатитов. Это определяется важностью проблемы и появлением высокоэффективных методов лечения.

Так же, как и при ОГВ, ОГС находится на самом низком уровне заболеваемости с начала официальной регистрации (2017 г. – 1,22 на 100 тыс.). Несмотря на отсутствие вакцины против ГС, снижение заболеваемости произошло за счёт массового поражения групп риска (принимающих наркотические препараты, гомосексуалистов и др.) и уменьшения количества лиц, вновь вовлекаемых в группы повышенного риска инфицирования ВГС. Хорошо известно, что после случаев ОГС, который чаще всего проходит бессимптомно, формируется хронический гепатит (60-70%). Показатель ХГС в 2017 г. составил – 34,68 (50 777 заболевших). Суммарно количество больных ХГС, проживающих в РФ, – от 1,5 до 2,5 млн человек. Так же как при ХГВ, больные ХГС служат резервуаром для последующего развития цирроза и первичного рака печени, ассоциированного с ВГС.

Гепатит D (ГД): На территории РФ существуют регионы, гиперэндемичные по ГД (Якутия, Тыва). Гепатит D обычно протекает значительно тяжелее, чем другие вирусные гепатиты. Более частое и быстрое, по сравнению с ГВ и ГС, развитие цирроза печени и первичного рака определяет важность этого гепатита для гиперэндемичных

Германия, число заболевших, по данным литературы, достигает в каждой из них около 50 тыс. человек. Высокий уровень анти-ГЕ здорового населения РФ (1,5-5%), а также частое обнаружение вируса ГЕ среди порослят (патогенного вируса и для человека) свидетельствует о скрытой интенсивной циркуляции ВГЕ в РФ. Вероятней всего диагностика этой инфекции недостаточно внедрена в практику отечественного здравоохранения.

Таким образом, вирусные гепатиты остаются важной проблемой отечественного здравоохранения, что определяет необходимость разработки Российской программы по контролю и ликвидации вирусных гепатитов в развитие решений, принятых ВОЗ.

Основные принципы формирования российской программы по контролю и искоренению вирусных гепатитов

- Программа направлена на борьбу со всем спектром вирусных гепатитов (А, В, С, D и E)
- За основу взята программа, рекомендованная Европейским бюро ВОЗ – «Глобальная стратегия сектора здравоохранения по вирусному гепатиту 2016-2021 гг. на пути к ликвидации вирусного гепатита»
- Программа основана на: новых знаниях об этиологии, патогенезе, клинике, лабораторной диагностике, методах профилактики и лечении вирусных гепатитов
- Программа учитывает современные особенности эпидемического процесса вирусных гепатитов в РФ и региональных особенностей. Учёт определяется:

- анализом показателей заболеваемости вирусными гепатитами;
- данными популяционного исследования населения конкретного региона, наличие серологических маркёров инфицирования вирусами гепа-

анализом показателей заболеваемости вирусными гепатитами;

данными популяционного исследования населения конкретного региона, наличие серологических маркёров инфицирования вирусами гепа-

титов (определение антител и антигенов, а также вирусных РНК и ДНК);

➤ характеристикой популяций вируса (генотиповой и субтиповой анализ, а также определением мутантных форм вирусов гепатитов) циркулирующих на данной территории;

● создании современной системы лабораторной диагностики вирусных гепатитов, включающей систему внешнего контроля качества проводимых исследований и систему оптимизации проводимых исследований

● усовершенствовании системы и качества вакцинопрофилактики гепатита А и В. Проведение вакцинного аудита

● интеграция работ по вирусным гепатитам в другие программы (программа борьбы с ВИЧ-инфекцией, программа по борьбе с наркоманией др.)

● создании информационного поля по борьбе с вирусными гепатитами.

Реализация программы

На этапе создания данной программы планируется проведение работ в трёх регионах РФ, различающихся по уровню распространения вирусных гепатитов: республиках Татарстан, Саха (Якутия) и Калининградская область.

Наличие фактических данных и их обобщение позволит разработать программу, учитывающую особенности современного периода эпидемического процесса.

Стратегическое направление № 1

Получение информации для целенаправленных действий

➤ Учитывая, что показатели регистрируемой заболеваемости не полностью отражают нагрузку вирусов гепатита А, В, С, D и E на популяцию, планируется проведение серологического исследования образцов сывороток крови условно «здорового» населения (всех возрастных групп) каждого отдельного региона. Предварительно будет сделан математический расчёт величины необходимой выборки для получения объективной информации. Будет проведено тестирование серологических маркеров инфицирования населения (определение антител и антигенов, а также вирусных РНК и ДНК). Это позволит установить: уровень распространения вирусов гепатита, особенности возрастного, полового и группового их распространения; установить циркуляцию «скрытого» гепатита В; уровень иммунологической прослойки населения, что особенно важно для реализации программы по вакцинопрофилактике гепатита А и В. Кроме того, будет решён принципиально важный вопрос по определению количества лиц, которым показано лечение хронического гепатита С. До недавнего времени основным скрининговым маркером для выявления ВГС-инфекции использовали анти-ВГС. В то же время, значительная доля лиц (до 40-45%), имеющих анти-ВГС, не имеют текущей инфекции ВГС и не нуждаются в противовирусной терапии. Определение генотипической и субтипической принадлежности

вирусов гепатитов является важным показателем для выбора наиболее оптимальной схемы лечения.

Таким образом полученная информация позволит оценить ситуацию непосредственно на сегодняшний день.

➤ Анализ заболеваемости вирусными гепатитами на основе данных официальной регистрации. Будет проведён многолетний анализ заболеваемости, что позволит оценить тенденции и динамику эпидемического процесса вирусных гепатитов на конкретных территориях. Для проведения анализа заболеваемости планируется использовать новые методы сбора эпидемиологических данных, применяемых для оценки распространения ВИЧ/СПИД по программе ЮНЭЙДС (пакет программ Spectrum). **Обновлённые методы получения и интерпретации данных, на которых оценочная статистика позволит иметь более точные сведения об уровне и особенностях распространения вирусных гепатитов на конкретных территориях.**

➤ Анализ факторов, влияющих на заболеваемость и смертность от вирусных гепатитов на конкретных территориях. Будет проведён анализ различных факторов: географических и сезонных; демографических; образа жизни населения (распространённость алкоголизма, наркомании, инфекций, передающихся половым путём); экономической ситуации в регионе.

➤ Анализ факторов, влияющих на заболеваемость и смертность от вирусных гепатитов на конкретных территориях. Будет проведён анализ различных факторов: географических и сезонных; демографических; образа жизни населения (распространённость алкоголизма, наркомании, инфекций, передающихся половым путём); экономической ситуации в регионе.

➤ Анализ факторов, влияющих на заболеваемость и смертность от вирусных гепатитов на конкретных территориях. Будет проведён анализ различных факторов: географических и сезонных; демографических; образа жизни населения (распространённость алкоголизма, наркомании, инфекций, передающихся половым путём); экономической ситуации в регионе.

➤ Анализ факторов, влияющих на заболеваемость и смертность от вирусных гепатитов на конкретных территориях. Будет проведён анализ различных факторов: географических и сезонных; демографических; образа жизни населения (распространённость алкоголизма, наркомании, инфекций, передающихся половым путём); экономической ситуации в регионе.

➤ Анализ факторов, влияющих на заболеваемость и смертность от вирусных гепатитов на конкретных территориях. Будет проведён анализ различных факторов: географических и сезонных; демографических; образа жизни населения (распространённость алкоголизма, наркомании, инфекций, передающихся половым путём); экономической ситуации в регионе.

➤ Анализ факторов, влияющих на заболеваемость и смертность от вирусных гепатитов на конкретных территориях. Будет проведён анализ различных факторов: географических и сезонных; демографических; образа жизни населения (распространённость алкоголизма, наркомании, инфекций, передающихся половым путём); экономической ситуации в регионе.

➤ Анализ факторов, влияющих на заболеваемость и смертность от вирусных гепатитов на конкретных территориях. Будет проведён анализ различных факторов: географических и сезонных; демографических; образа жизни населения (распространённость алкоголизма, наркомании, инфекций, передающихся половым путём); экономической ситуации в регионе.

➤ Анализ факторов, влияющих на заболеваемость и смертность от вирусных гепатитов на конкретных территориях. Будет проведён анализ различных факторов: географических и сезонных; демографических; образа жизни населения (распространённость алкоголизма, наркомании, инфекций, передающихся половым путём); экономической ситуации в регионе.

➤ Анализ факторов, влияющих на заболеваемость и смертность от вирусных гепатитов на конкретных территориях. Будет проведён анализ различных факторов: географических и сезонных; демографических; образа жизни населения (распространённость алкоголизма, наркомании, инфекций, передающихся половым путём); экономической ситуации в регионе.

➤ Анализ факторов, влияющих на заболеваемость и смертность от вирусных гепатитов на конкретных территориях. Будет проведён анализ различных факторов: географических и сезонных; демографических; образа жизни населения (распространённость алкоголизма, наркомании, инфекций, передающихся половым путём); экономической ситуации в регионе.

➤ Анализ факторов, влияющих на заболеваемость и смертность от вирусных гепатитов на конкретных территориях. Будет проведён анализ различных факторов: географических и сезонных; демографических; образа жизни населения (распространённость алкоголизма, наркомании, инфекций, передающихся половым путём); экономической ситуации в регионе.

➤ Анализ факторов, влияющих на заболеваемость и смертность от вирусных гепатитов на конкретных территориях. Будет проведён анализ различных факторов: географических и сезонных; демографических; образа жизни населения (распространённость алкоголизма, наркомании, инфекций, передающихся половым путём); экономической ситуации в регионе.

➤ Анализ факторов, влияющих на заболеваемость и смертность от вирусных гепатитов на конкретных территориях. Будет проведён анализ различных факторов: географических и сезонных; демографических; образа жизни населения (распространённость алкоголизма, наркомании, инфекций, передающихся половым путём); экономической ситуации в регионе.

➤ Анализ факторов, влияющих на заболеваемость и смертность от вирусных гепатитов на конкретных территориях. Будет проведён анализ различных факторов: географических и сезонных; демографических; образа жизни населения (распространённость алкоголизма, наркомании, инфекций, передающихся половым путём); экономической ситуации в регионе.

➤ Анализ факторов, влияющих на заболеваемость и смертность от вирусных гепатитов на конкретных территориях. Будет проведён анализ различных факторов: географических и сезонных; демографических; образа жизни населения (распространённость алкоголизма, наркомании, инфекций, передающихся половым путём); экономической ситуации в регионе.

➤ Анализ факторов, влияющих на заболеваемость и смертность от вирусных гепатитов на конкретных территориях. Будет проведён анализ различных факторов: географических и сезонных; демографических; образа жизни населения (распространённость алкоголизма, наркомании, инфекций, передающихся половым путём); экономической ситуации в регионе.

➤ Анализ факторов, влияющих на заболеваемость и смертность от вирусных гепатитов на конкретных территориях. Будет проведён анализ различных факторов: географических и сезонных; демографических; образа жизни населения (распространённость алкоголизма, наркомании, инфекций, передающихся половым путём); экономической ситуации в регионе.

дид, на основе рекомендаций ВОЗ и данных медицинских служб мира (например, Великобритании).

Проведённый анализ позволит улучшить вакцинацию против вирусных гепатитов В и А. Оценка вакцинопрофилактики, проводимая в регионе, позволит предложить оптимальную стратегию необходимую для реализации программы.

Таким образом, реализация данного стратегического направления позволит получить объективную информацию по вирусным гепатитам, их лечению и профилактике.

Стратегическое направление № 2

Создание информационного поля для понимания важности проблемы вирусных гепатитов среди представителей государственных структур, медицинских работников и населения.

➤ Разработка информационных материалов (на основе полученных данных) для представителей государственных структур в целях проведения информационно-разъяснительной работы.

➤ Разработка плана мероприятий для повышения знаний о вирусных гепатитах среди медицинских сотрудников различного профиля. Включение тематических циклов по вирусным гепатитам в программы непрерывного медицинского образования.

➤ Проведение семинаров и совещаний при осуществлении программы «По контролю и искоренению вирусных гепатитов на территории Российской Федерации», с акцентом на регион, где проводится работа.

➤ Разработка плана мероприятий для населения по информационно-разъяснительной работе, направленной на создание общественного мнения о необходимости и реальности проведения работы по контролю и дальнейшей ликвидации вирусных гепатитов. Эта работа должна включать в себя: выступления специалистов на радио и по телевидению; создание информационного портала в интернете для региона, где проводится реализация программы; публикация в местной прессе статей с информацией о вирусных гепатитах, современных методах их лечения и профилактики.

➤ Разработка плана мероприятий для населения по информационно-разъяснительной работе, направленной на создание общественного мнения о необходимости и реальности проведения работы по контролю и дальнейшей ликвидации вирусных гепатитов. Эта работа должна включать в себя: выступления специалистов на радио и по телевидению; создание информационного портала в интернете для региона, где проводится реализация программы; публикация в местной прессе статей с информацией о вирусных гепатитах, современных методах их лечения и профилактики.

➤ Разработка плана мероприятий для населения по информационно-разъяснительной работе, направленной на создание общественного мнения о необходимости и реальности проведения работы по контролю и дальнейшей ликвидации вирусных гепатитов. Эта работа должна включать в себя: выступления специалистов на радио и по телевидению; создание информационного портала в интернете для региона, где проводится реализация программы; публикация в местной прессе статей с информацией о вирусных гепатитах, современных методах их лечения и профилактики.

Таким образом, реализация данного стратегического направления позволит создать информационное поле понимания проблемы вирусных гепатитов и необходимость проведения работ по программе.

Стратегическое направление № 3

Создание «дорожной карты» (плана мероприятий) с выделением узловых блоков наиболее важных для осуществления программы по контролю и ликвидации вирусных гепатитов.

В качестве основных блоков программы могут быть следующие направления:

➤ Осуществление программы вакцинопрофилактики против гепатита В в рамках национального календаря профилактических

прививок. Расширение контингента лиц, вакцинированных против гепатита В, входящих в группы повышенного риска инфицирования (проведение «подчищающей» вакцинации). Особое внимание следует обратить на детей, родившихся от матерей носителей ВГВ, с возможным использованием новых вакцин с повышенной иммуногенностью.

➤ Проведение работы по возможному включению вакцины против гепатита А в региональный календарь прививок. Разработать стратегию вакцинопрофилактики гепатита А для региона с выделением групп населения, требующих первоочередную вакцинацию против гепатита А.

➤ Повышение безопасности крови. Анализ возможных случаев заражения вирусами гепатитов при переливании крови. Проведение контроля качества определения маркеров инфицирования вирусами гепатита В и С (HbsAg, анти-ВГС, РНК-ВГС и ДНК-ВГВ). Создание системы эпиднадзора, гемобдительности и мониторинга заболеваемости, распространённости этих гепатитов среди доноров, а также снижение риска заражения гепатитом в результате переливания крови.

➤ Усиление мер профилактики вирусных гепатитов в медицинских учреждениях. Анализ случаев заражения вирусными гепатитами в медицинских учреждениях. Составление плана и рекомендаций по улучшению обеспеченности медицинских учреждений одноразовым инструментарием, в том числе одноразовыми шприцами. Анализ обеспеченности медицинских учреждений современными дезинфектантами и эффективности их использования.

➤ Внедрение в систему аттестации мигрантов на наличие ВГС и ВГВ как важного элемента профилактики заноса и распространения вирусных гепатитов на территории РФ.

➤ Улучшение работы по созданию или ведению регистра больных хроническими вирусными гепатитами.

➤ Разработка плана мероприятий по внедрению препаратов прямого действия (безинтерфероновой терапии) при лечении хронического гепатита С. Взятие на учёт и оказание медицинской помощи пациентам с ХГС, которые используют дженерики противовирусных препаратов.

При этом будет предложена схема оптимизации лабораторных исследований для скрининга населения по выявлению больных ХГС; лабораторного и клинического наблюдения за эффективностью применяемой терапии.

Перечисленный список узловых блоков, наиболее важных для осуществления программы по контролю и искоренению вирусных гепатитов, не является окончательным. В процессе решения стратегического направления № 3 будут выявлены дополнительные направления работ важных для конкретного региона.

Стратегическое направление № 4

Предоставление медицинской помощи с соблюдением прин-

ципа справедливости (охват групп населения, нуждающихся в услугах).

➤ Определение групп населения и районов, которые в первую очередь нуждаются в первоочередной помощи в профилактике и лечении вирусных гепатитов.

➤ Оценка работы существующих структур для профилактики (прививочные кабинеты) и лечения (государственные и частные лечебно-профилактические учреждения, работающие в регионе). Предложить по созданию новых структур.

➤ Рекомендация по созданию (выбору существующего) координационного центра по реализации программы.

➤ Оценка и рекомендации по предоставлению медицинской помощи больным вирусными гепатитами в местах лишения свободы.

Стратегическое направление № 5

Определение источников финансирования для реализации программы:

➤ Государственное финансирование.

➤ Частное финансирование.

➤ Страховая медицина.

➤ Определение необходимого объёма финансирования для создания и реализации программы.

После разработки программы, она будет оформлена в виде проекта «Стратегия по контролю и ликвидации вирусных гепатитов, как проблемы общественного здравоохранения в Российской Федерации» и представлена министру здравоохранения РФ и руководителю Роспотребнадзора для обращения в правительство с целью принятия государственной программы и регламентирующих документов.

Заключение. Целью публикации проекта программы, представленной в «Медицинской газете», является:

● привлечение внимания медицинской общественности к проблемам вирусных гепатитов

● представление плана возможных действий для разработки эффективной программы по контролю и искоренению вирусных гепатитов в Российской Федерации

● приглашение широкого круга медицинской общественности и читателей газеты к обсуждению данной проблемы.

Таким образом, только объединив свои усилия в разработке научно-обоснованной программы, мы сможем добиться необходимых результатов по контролю и искоренению вирусных гепатитов в Российской Федерации.

Михаил МИХАЙЛОВ,
руководитель лаборатории вирусных гепатитов Института вакцин и сывороток им. И.И.Мечникова, руководитель научно-исследовательского центра Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования Минздрава России, член-корреспондент РАН.

Николай ЮЩУК,
президент, заведующий кафедрой инфекционных болезней и эпидемиологии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова, академик РАН, профессор.

В середине февраля в Российской академии наук прошло заседание Координационного совета по приоритетным направлениям научно-технологического развития страны. Выступая перед научным сообществом, заместитель министра образования и науки Российской Федерации Григорий Трубников сообщил о том, что министерство подготовило ряд комплексных научно-технических программ, в числе которых программа «Постгеномная магистраль»: от геномного редактирования к синтетической биологии».

По словам Г.Трубникова, данный проект из категории «отечественных научных планов первостепенной значимости, находится в стадии «хорошей готовности», и в 2018 г. министерство готово представить его на утверждение Правительству РФ.

Расшифруем сущее и создадим подобное

За несколько дней до этого события заместитель министра науки и образования презентовал ту же программу в Новосибирске участникам встречи рабочей группы по развитию биотехнологий, которая прошла под руководством заместителя председателя Правительства РФ Аркадия Дворковича. Непривычная, «обратная» логика ознакомления со столь многообещающей программой – сначала чиновники, а уже потом научная общественность – в данном случае выглядит оправданной: именно Минобрнауки России выступило инициатором и координатором данного проекта.

– В течение 2017 г. совместно с РАН, Минздравом, Минсельхозом России мы разработали комплексную научно-технологическую программу «Постгеномная магистраль», в рамках которой предлагаем освоить генетическое редактирование как элемент участия России в формировании шестого природоподобного технологического уклада, – пояснил Г.Трубников.

Основная часть этой программы, по информации Минобрнауки, будет реализована уже совсем скоро, в течение ближайших 6-7 лет. Участие в её реализации столь разных ведомств объясняется тем, что современные геномные и постгеномные технологии должны быть использованы для решения задач генетического редактирования различных биологических систем – от человека и породистых бычков до основных сельскохозяйственных культур, к примеру, картофеля или пшеницы. Наверное, поэтому авторы использовали в названии программы слово «магистраль»: перед генетиками и биотехнологами расстилается очень широкая дорога.

Если описывать схематично, на первом этапе реализации программы предполагается расшифровать геномы нескольких тысяч микроорганизмов. Следующий этап – синтез инженерных биоподобных конструкций. Полученные здесь результаты будут использованы в агропроме, в частности, можно будет увеличить сроки хранения семян и урожая, повысить продуктивность животноводства и тем самым уменьшить зависимость России от импорта сельхозпродукции.

И лишь третьим этапом значитесь применение технологий генетического редактирования в здравоохранении. По словам Г.Трубникова, планируется «ограниченное и высокозатратное медицинское применение, чтобы скорректировать геномы неизлечимо больных людей». Финальной чертой «Постгеномной магистрали», говорит заместитель министра образования и науки, должно стать «создание несложного искусственного организма», в частности, для борьбы с массовыми инфекциями. И, по оценке Минобрнауки, эта задача – разработка технологии создания синтетических организмов – может быть решена быстро, в течение 10 лет.

Финансовое обеспечение работы российских учёных по расшифровке геномов живых и иных биологических организмов, конструированию их биоподобий, а также по созданию медицинских

инициативу объединить разные ведомства в решении данной масштабной научно-практической задачи, – говорит В.Пузырёв.

Какие именно академические институты, в том числе от Отделения медицинских наук РАН, могли бы войти в этот многообещающий проект? По словам академика Пузырёва, в системе РАН ведущей организацией в тематике «пост-

слабо преподаётся медицинская генетика. Подготовка кадров для науки и здравоохранения с учётом скорого появления целой серии инновационных генетических и постгеномных технологий – вопрос чрезвычайно важный, от него в значительной степени зависит успех реализации программы «Постгеномная магистраль», – резюмирует Валерий Пузырёв.

и организационные возможности для её реализации.

– За 20 лет моей научной работы это первый подобный пример. Нам всегда говорили: «Занимайтесь тем, что считаете нужным». Впервые нам сказали: «Сосредоточьтесь на генетическом редактировании». Министерство науки и образования рискнуло и, как мне кажется, в правильном на-

Перспективы

Постгеномное будущее российской медицины

Готовы ли мы создать и использовать технологии генной инженерии?



В.Пузырёв

технологий генной инженерии на старте оценивается в 29 млрд руб. Именно эта сумма прозвучала на заседании в Новосибирске: 18,3 млрд руб. выделяет бюджет страны, ещё 10,7 млрд поступят из внебюджетных источников, читай – участие бизнеса.

Ну а что же сами учёные, как они оценивают актуальность научной программы «Постгеномная магистраль: от геномного редактирования к синтетической биологии» и возможность реализовать её в нашей стране? Корреспондент «МГ» обратилась с просьбой о комментарии в два ведущих профильных отечественных научно-исследовательских института, очевидность участия которых в осуществлении данной программы кажется абсолютно очевидной.

Чтобы оценить, нужно увидеть

Научный руководитель НИИ медицинской генетики Томского национального исследовательского медицинского центра академик РАН Валерий Пузырёв с сожалением признаётся, что о подготовке такой программы знал, но в окончательном виде ни он, ни его коллеги по объединённому учёному совету по медицинским наукам Сибирского отделения РАН данный проект не видели. Какие именно направления исследований включены в программу, каков состав её участников, порядок и механизмы реализации, неизвестно.

– В руках я пока этот документ не держал. А хотелось бы, чтобы он был нам официально предложен для рассмотрения, и мы могли бы высказать критические замечания по программе, определить место институтов СО РАН в её реализации. Пока такой возможности у нас нет. Вполне вероятно, что ни структура, ни содержание программы «Постгеномная магистраль» пока не утверждены, всё на стадии обсуждения, а Минобрнауки России просто взяло на себя правильную

геномные технологии» был и остаётся Институт биомедицинской химии им. В.Н.Ореховича. Также геномными аспектами решения медицинских проблем занимаются Медико-генетический научный центр (Москва) и Институт химической биологии и фундаментальной медицины СО РАН (Новосибирск). Научной задачей редактирования генома уже не первый год и весьма успешно занимаются в новосибирском Институте цитологии и генетики СО РАН в сотрудничестве с томским Институтом медицинской генетики.

Что касается актуальности самой научной темы «постгеномное редактирование», она, с точки зрения академика В.Пузырёва, чрезвычайно высока. В частности, идея персонализированной медицины практически целиком основана на генетических и постгеномных знаниях и технологиях. Ещё одно направление, в котором результаты программы «Постгеномное редактирование» точно найдёт применение – это наследственные орфанные болезни.

– Синтетическая биология или, как написано в аннотации к программе, создание несложных искусственных организмов – важнейшее направление научных исследований в русле геномных технологий. Речь идёт о создании неких биологических систем с определёнными свойствами, чтобы на этих биосистемах испытывать новые лекарственные вещества или технологические воздействия, в том числе то же самое генетическое редактирование. Мы получим возможность отслеживать на таких моделях механизмы формирования хронических болезней, что поможет нам в лечении пациентов с наследственными заболеваниями, – продолжает научный руководитель Томского НИИ медицинской генетики.

Готова ли технологически российская наука к реализации столь серьёзного проекта? Академик В.Пузырёв считает, что в целом готова, интеллектуальная база для решения задач генной инженерии у нас есть. В чём мы пока серьёзно отстаём, так это в плане создания своих, отечественных исследовательских лабораторных установок класса «мегасайенс». Здесь российская наука пока находится в зависимости от западных производителей и, как следствие, в большой финансовой зависимости от распорядителей бюджета.

– Я обратил бы внимание ещё на один аспект: применение полученных технологий редактирования генома. Нынешняя система высшего медицинского и биологического образования не готова к этому. Например, у нас официально нет специальности «биоинформатика»,



А.Лисица

Присоединиться и возглавить

Директор Научно-исследовательского института биомедицинской химии им. В.Н.Ореховича академик РАН Андрей Лисица новость о том, что Министерство образования и науки РФ решило запустить программу «Постгеномная магистраль», воспринял с энтузиазмом.

– Наш институт в этой программе не участвует: если честно, мы не совсем профильные специалисты в генетическом редактировании и синтетической биологии. Но появление данной информации заставило задуматься, а не подключиться ли нам, чем мы можем быть полезны в этом процессе? Думаю, прежде всего тем, что наш институт имеет опыт участия в международном проекте «Протеом человека». Неожиданно для себя самого я узнал, что именно ИБМХ им. В.Н.Ореховича был одним из первых российских научных институтов, кто ещё в 2009 г. опубликовал за рубежом статью о поиске CRISPR – последовательностей, которые обеспечивают работу генетических редакторов, – комментирует мой собеседник.

По мнению Андрея Лисицы, чтобы серьёзно продвинуться в решении поставленных Минобрнауки задач, надо создавать новые базовые лаборатории, привлекать новых специалистов. Единного центра, где можно сосредоточить всё необходимое для работы над программой «Постгеномная магистраль», создавать не нужно, задача решается только коллаборацией. В то же время, если какие-то научные организации уже готовы стать головными в реализации данного проекта – почему бы нет, например, Институт биоорганической химии им. М.М.Шемякина и Ю.А.Овчинникова.

В целом академик А.Лисица высоко оценивает важность данного события: впервые Министерство образования и науки РФ поставило конкретную научную задачу, определив финансовые средства

правлении, выбрав постгеномные технологии одним из научных приоритетов для страны. Мне хотелось бы поблагодарить за этот смелый проект, по-моему, именно в таких непростых решениях и заключается суть Стратегии научно-технологического развития государства. А РАН должна не просто поддержать программу, предложенную Минобрнауки, но «присоединиться и возглавить», – говорит академик Лисица.

Почему проект назвали «магистралью»? Вероятно потому, считает директор Института биомедицинской химии, что в ходе его реализации помимо собственно генетического редактирования ещё много чего может быть найдено и разработано. Например, ультрачувствительные методы детекции заболеваний, синтетические вакцины, искусственные организмы. Что касается логики, в соответствии с которой построена программа – первым этапом проводим генетическое редактирование с акцентом на агробиотехнологиях и биоиндустрии, и лишь после этого подступаемся к организму человека – это, считает А.Лисица, правильное решение. В отношении редактирования генома человека неизбежно возникает множество этических вопросов, мы будем на этом буксовать. Поэтому сначала нужно разработать базовые технологии генной инженерии, а уже затем, если какая-то из них будет работоспособна, нужно придать ей форму медицинской технологии и зарегистрировать в Министерстве здравоохранения РФ.

– Ключевое слово здесь – «регистрировать», и эту процедуру Минздраву необходимо ввести до того, как технологии генетического редактирования появятся. Сейчас наше законодательство фактически разрешает бесконтрольное применение медицинских технологий, потому что в стране нет системы их регистрации. Это, с одной стороны, не защищает пациента от действий «отважных» экспериментаторов, а с другой – что даже более страшно, с научной точки зрения, – сдерживает внедрение новых подходов в медицинскую практику. Врачам небезопасно применять технологии, которые нигде не зарегистрированы, пусть даже они прошли клиническую апробацию. Кстати, в этом я вижу ещё одну важную роль РАН, а конкретно – Отделения медицинских наук, в проекте «Постгеномная магистраль»: обратит внимание на проблему легализации медицинских технологий, в том числе с применением незарегистрированных изделий медицинского назначения, и добиться её разумного решения, – подчёркивает академик Лисица.

Подготовила
Елена СИБИРЦЕВА.
МИА Сито!

Реализация стратегии «Фарма 2020» идёт с опережением: контрольные цифры, которые закладывались в программу, уже превышены. Что касается отечественного медпрома, то в этой отрасли успехи гораздо скромнее. Об этом говорили участники юбилейного X Всероссийского съезда работников фармацевтической и медицинской промышленности, состоявшегося в Москве.

Барьер, ещё барьер

В ходе мероприятия обсуждались вопросы государственной политики в области здравоохранения, фармацевтической и медицинской промышленности, законодательного обеспечения обращения лекарственных средств и медизделий, нормативно-правового регулирования на национальном уровне и в Евразийском экономическом союзе.

Сегодня 31% рынка лекарственных средств и 20% рынка медизделий занято продукцией российского производства. По мнению президента Союза ассоциаций и предприятий фармацевтической и медицинской промышленности Юрия Калинина, с учётом имеющейся материально-технической базы, можно было снизить объём закупок импортной продукции как минимум в два раза при условии, если заниматься продвижением этих средств на таком уровне, как это делают зарубежные компании. Скромные объёмы рынка отечественного медицинского оборудования он связал с несовершенством нормативно-правового регулирования и длительными бюрократическими процедурами при внесении изменений в действующее законодательство.

В ходе дискуссии академик-секретарь Отделения медицинских наук РАН Владимир Стародубов сообщил, что приборная база медицинских учреждений, в части дорогостоящего высокотехнологичного оборудования, практически полностью укомплектована импортной техникой. Доля российских производителей составляет не более 3%. На всю страну имеются всего лишь 92 импортных секвенатора, когда для развития персонализированной медицины их требуются тысячи. В этой связи он поднял вопрос о необходимости преференций для отечественных производителей медтехники. Эту тему продолжил в своём выступлении президент ассоциации «Здравмедтех» Александр Ручкин, который предложил ввести НДС на импортные изделия медицинского назначения и поддержал инициативу введения трёхэтапной процедуры закупки лекарств, предполагающей наибольшие преференции производителям полного цикла. По его мнению, аналогичные регуляторные меры необходимо разработать для производителей медицинских изделий.

Деловые встречи

...Плюс цифровизация всей страны

Что ожидает нашу фармацевтическую и медицинскую промышленность



Лекарства получают код

Одной из острых тем обсуждения стал вопрос маркировки лекарственных средств. Так, руководитель Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения Михаил Мурашко подчеркнул, что необходимо перестроить систему и преобразовать её исходя из современных реалий. «Проект по маркировке – это фактически первый проект Росздравнадзора, который реализуется в таком формате. Нам приходится преодолевать массу сложностей, чтобы сделать процесс и саму систему прозрачными. Сегодня пилот показал свою эффективность, в него уже входят 1900 участников. И ежедневно их число растёт», – отметил глава ведомства.

Продолжил тему генеральный директор Ассоциации российских фармацевтических производителей Виктор Дмитриев, который также указал на важность внедрения системы маркировки, где, с его точки зрения, самой сложной в реализации стадией является регистрация в системе аптекных пунктов, которых по стране насчитывается до 38 тыс. «Нам нужно понять, как мы будем действовать на уровне регионов. Есть опасения, что, вложив серьёзные средства, мы столкнёмся с неготовностью аптекных сетей в регионах», – подчеркнул эксперт.

В свою очередь, директор Департамента развития фармацевтической и медицинской промышленности Минпромторга России Алексей Алёхин заверил, что в срок до 1 января 2020 г. все организации подключатся к системе. «Хочу отметить, что компаниям, не обладающим собственными ресур-

сами для включения в программу, мы предусмотрели возможность увеличения льготных займов под 1% годовых на 2 года. Тем самым мы даём возможность всем решить возникающие проблемы и подключиться к системе в отведённое время», – заверил он.

Также А.Алёхин отметил эффективность специального инвестиционного контракта (СПИКа), как рабочего инструмента по стимулированию развития отрасли. Что касается полного цикла производства медицинских изделий в РФ, то, по его словам, Минпромторг России прорабатывает вопрос формирования реестра материалов и комплектующих, которые используются при производстве медицинских изделий.

Особое внимание в своём выступлении представитель ведомства уделил вопросам формирования новых стратегических документов развития фармацевтической и медицинской промышленности до 2030 г. Сейчас процесс находится на стадии сбора информации от всех заинтересованных органов исполнительной власти и участ-

ников рынка, а в конце апреля первый драфт этих стратегических документов будет представлен на общественное обсуждение. Одним из важнейших приоритетов новой стратегии станет защита интеллектуальной собственности. «Создание оригинальных отечественных разработок без перспектив выхода на международный уровень не имеет большого смысла, так как ёмкость рынка РФ не позволяет реализовать весь коммерческий потенциал разработки», – констатировал Алёхин.

Избавится от «мусора»

На форуме также поднимались вопросы организации системы менеджмента качества медицинских изделий. В частности, Михаил Мурашко указал на необходимость обновления лицензионных регистрационных удостоверений на медизделия, поскольку реестр «замусорен» изделиями с недоказанной эффективностью и безопасностью. Кроме того, некоторые удостоверения получены на основе поддельных документов от частных консалтинговых агентств. Также руководитель Росздравнадзора поднял вопрос пострегистрационного клинического мониторинга для лекарственных средств и медизделий, что вызвано необходимостью управления безопасностью продукции: по статистике до 90% информации о побочных действиях собирается после выхода медицинского продукта на рынок.

Тему цифровизации развил заместитель министра связи и массовых коммуникаций России Сергей Калугин. Он рассказал о подписанном в феврале меморандуме о создании на базе Национального медицинского исследовательского центра им. В.А.Алмазова консорциума «Цифровое здравоохранение». Учредителями выступили Министер-

ство связи и массовых коммуникаций РФ, экономический факультет МГУ им. М.В.Ломоносова, а также ряд фармацевтических компаний. Первоочередной задачей консорциума, является обеспечение цифрового суверенитета России в области здравоохранения.

Президент союза «Национальная фармацевтическая палата» Александр Апазов выступил с критикой законопроекта об установлении правовых оснований для продажи лекарственных средств в розничных торговых сетях. Он считает, что доступность лекарств для населения в России выше, чем в большинстве развитых стран (один аптечный пункт на 8 тыс. человек), а отпуском лекарственных препаратов, даже безрецептурных, должны заниматься специалисты, имеющие профессиональное фармацевтическое образование.

В свою очередь начальник Управления социальной сферы ФАС Тимофей Нижегородцев не согласен с критикой законопроекта и не видит больших проблем в регистрации пунктов продажи лекарственных средств в розничных сетях, поскольку в любом случае на данный вид деятельности торговой организации нужно будет получать лицензию. Также в своём выступлении представитель ФАС остановился на возможностях СПИКов, которые, по его мнению, не должны ограничивать рыночную конкуренцию, а быть инструментом трансфера уникальных технологий.

По результатам компетентного обсуждения вопросов, вынесенных на повестку дня съезда, будет разработана скоординированная программа поддержки промышленности, направленная на удовлетворение потребности России в доступных, качественных лекарствах, изделиях и технике медицинского назначения.

Ирина АНДРЕЕВА.

Кстати

Аптека или магазин?

Не поддерживают законопроект 87% специалистов аптек, согласно которому торговые организации смогут получать лицензию на осуществление фармацевтической деятельности и продавать безрецептурные лекарства. Такие данные были получены в ходе опроса, проведённого центром по обучению фармацевтических специалистов «Фармзнание». В нём приняли участие 1100 провизоров и фармацевтов из 8 федеральных округов РФ.

Участники опроса оценили риски и негативные последствия, которые могут возникнуть в случае, если торговые организации смогут продавать безрецептурные препараты. 23% отметили, что вырастет доля пациентов, занимающихся неоправданным самолечением, 22% считают, что увеличится риск несоблюдения условий хранения препаратов, 19% уверены, что возрастет доля фальсификатов на рынке.

Анна КРАСАВКИНА.
МИА Сито!

Акценты

Не так давно пациентам ИНВИТРО, практикующим ограничительные диеты (вегетарианцам и веганам), проживающим в Москве и Московской области, предлагалось пройти обследование на активный витамин В12 и общий белок крови, которые, как известно, определяют достаточность или недостаточность питания продуктами животного происхождения (мясо, печень, яйца, молоко и т.п.). Специалисты интересовались и, в некоторой степени, даже парадоксальными.

В профиль для обследования входили: общий белок и активный витамин В12 крови. Также дополнительно предлагалось определять в крови уровень ферритина и железа.

За время акции анализы сдали 823 человека. Из полученных образцов крови было выполнено 923 анализа на определение уровней: активного витамина В12 – 807, общего белка – 823, железа – 62 и ферритина – 37.

Диеты требуют контроля

Об этом свидетельствует исследование ИНВИТРО

Прокомментировать результаты мы попросили медицинского эксперта, врача клинической лабораторной диагностики ИНВИТРО Татьяну Понкратову.

«В общей сложности с отклонениями от референсных диапазонов было выявлено 215 показателей (12,4%), в том числе: активный витамин В12 – 159 (19,7%), общий белок – 33 (4%), железо – 16 (25,8%) и ферритин – 7 (18,9%), – сообщила она. – При этом ниже нижнего предела референсного диапазона определялось 92 показателя (5,2%), в том числе: активный витамин В12 – 45 (5,6%), общий белок – 26 (3,2%), железо – 15 (24,2%) и ферритин – 6 (16,2%).

Выше верхнего предела референсного диапазона определялось 123 показателя (5,2%), в том числе: активный витамин В12 – 114 (14,1%), общий белок – 7 (0,9%),

железо – 1 (1,6%) и ферритин – 1 (2,7%).

Среди обследованных преобладали женщины 667 человек (мужчин – 155).

При анализе результатов у женщин показатели ниже нормы выявлены по уровню активного витамина В12 – у 35 (5,2%), общего белка – у 23 (3,4%), железа – у 14 (2%), ферритина – 5 (0,7%) человек.

Следует отметить, что наибольшее число завышенных по отношению к референсным значениям данных оказалось в анализах на определение уровня активного витамина В12 – у 102 пациенток (15,3%).

У мужчин показатели ниже нормы оказались такими: по уровню активного витамина В12 – у 10 (6,6%), общего белка – у 3 (2%), железа – у 1 (0,7%), ферритина – 1

(0,7%) человек. В общей сложности их частота была почти в 2 раза выше, чем у женщин.

Что же касается превышения нормы, то они обнаружались только в анализах по активному витамину В12 – в 7,9% случаев (12), что почти в 2 раза реже, чем у женщин».

Таким образом, по словам Татьяны Понкратовой, в целом, как минимум, один патологический результат был обнаружен у 196 человек (23,8% от всей группы). У ряда участников акции отклонений от нормы было больше: два, три и даже четыре, то есть, практически, по результатам каждого анализа.

Ниже нижнего предела референсного диапазона определялось в общей сложности 92 показателя (5,2%). Чаще всего это были сниженные уровни железа – 15 (24,2%) и ферритина – 6 (16,2%), что сви-

детельствует о железодефиците почти у четверти обследованных. При этом активный витамин В12 – 45 случаев (5,6%) и общий белок в крови – 26 случаев (3,2%) в низких концентрациях встречались реже.

«Обращает на себя внимание, что повышенные показатели в подавляющем большинстве случаев обнаружены в исследованиях на уровень активного витамина В12, что, скорее всего, связано с приёмом витаминных препаратов с целью замещения предполагаемого недостатка, – говорит медицинский эксперт ИНВИТРО. – Но главный вывод заключается в том, что ограничительные диеты, в частности вегетарианство и веганство, требуют контроля не только по витамину В12, а также по показателям обмена железа и общего белка.

Заместительная терапия витамином В12 и/или препаратами железа при ограничительных диетах также должна проводиться под лабораторным контролем».

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».
Москва.

Израильское законодательство стремится чётко регулировать взаимоотношения пациента с медицинской системой. Каждый израильский врач в обязательном порядке обладает страховкой на определённую сумму для выплаты компенсаций в случаях проявления в своей работе халатности или совершения непредумышленной ошибки. Одновременно застрахованы больничные кассы, поликлинические отделения и больницы.

Уровень медицинского обслуживания на Святой земле считается очень высоким и, соответственно, количество врачебных ошибок и случаев проявления небрежности и нерадивости в работе не много. По статистике, их количество составляет менее 3% в год, что является одним из лучших мировых показателей. Тем не менее, полностью исключить подобные негативные проявления невозможно при любом уровне медицинского обслуживания.

Иски по выплате страховых сумм, подаваемые пациентами или их родственниками, считающими лечение – проведённое или только предложенное – неверным, сильно ударяют по карману государственных больниц и страховых фондов. Претензии могут быть предъявлены и к качеству осуществления диагностических процедур.

В финансовом отношении страхование врачебных ошибок не однозначно. Большой риск при проведении той или иной процедуры или операции определяет и большую страховую сумму. Поэтому некоторые частные врачи предпочитают не проходить специализацию и совершенствование в таких областях как акушерство и гинекология, анестезиология, ультразвуковые исследования.

А как у них?

Врачебные ошибки и халатность

Министерство здравоохранения Израиля ежегодно публикует документ, в котором не только подробно анализируются факты ошибок медицинского персонала, но и случаи, которые при проверке таковыми признаны не были, однако их интерпретация могла вызвать сомнение. Этот документ готовится группой врачей под руководством выдающегося израильского гематолога уроженца Венгрии Хаима (Ласло) Гершко, старшего брата Авраама (Ференца) Гершко, крупного биохимика современности, лауреата Нобелевской премии.

При анализе опубликованных за последние годы группой Х.Гершко расследований, можно сделать вывод, что в ряде случаев смерть пациентов объяснялась нерасторопностью врачей и среднего медицинского персонала, запоздалой реанимацией, а также неправильным использованием различных медицинских приборов.

Израильское законодательство достаточно чётко регулирует отношения врача и пациента. В случае врачебной ошибки и обращения пациента в суд формируется специальная комиссия, расследующая спорные вопросы. В такую комиссию вместе с врачами разных специализаций входят психологи, юристы, представители общественных и религиозных организаций. За врачебные ошибки, приведшие к тяжёлой инвалидности или смерти пациента, предусмотрены выплаты компенсаций за физический и моральный ущерб, а также уголовная ответственность. Фармацевтические фирмы и работники аптечных учреждений

тоже могут быть привлечены к ответственности за ошибки.

Сравнительно недавно иск против пластического хирурга в размере 2,5 млн шекелей (800 тыс. долл.) был подан в окружной суд Тель-Авива. Сорокалетняя пациентка пострадала при проведении операции по поднятию груди, так как из-за осложнений, в которых она обвиняет врача, ей пришлось согласиться на удаление правой молочной железы. В течение 3 лет медики различных профилей безуспешно пытались спасти женщине правую грудь, хотя нормальное кровоснабжение молочной железы они восстановили. Показательно, что судья увеличил сумму иска до 4 млн шекелей, добавив к ней сумму, которая затронула пострадавшую на пластическую операцию в другой клинике.

Ещё один пример. В ходе операции девочке, родившейся с пороком сердца, занесли инфекцию. В результате многие системы организма ребёнка перестали нормально функционировать. Медицинская комиссия, а затем и многолетнее судебное расследование пришли к заключению, согласно которому отказ организма девочки нормально функционировать связан, прежде всего, с генетической мутацией, о наличии которой ни родители, ни врачи, проводившие хирургическое вмешательство, не подозревали. На тот момент выявить подобную мутацию не представлялось возможным. И всё-таки суд признал определённую халатность врачей, которые могли бы провести более тщательную диагностику. Поэтому иск суд удовлетворил частично:

пациентка получила денежную компенсацию, пропорциональную процентам назначенной соответствующей комиссией инвалидности.

Следует иметь в виду, что суд принимает далеко не все иски. При подготовке документов могут возникнуть бюрократические проволочки. Юристы, специализирующиеся на медицинских исках, советуют пациентам, которые считают себя пострадавшими, прежде чем обращаться в суд, просчитать свои материальные возможности и, самое главное, определить, есть ли вообще основания для иска. Ведь профессиональное заключение независимых медиков, которое обязательно потребует суд, стоит несколько тысяч шекелей. И потом судебный процесс может затянуться на несколько лет. Причём, суд далеко не всегда встаёт на сторону пациентов. Пациенту и его адвокату противостоят страховые компании и государство в лице министерства здравоохранения, у которых финансовые возможности почти не ограничены.

Один из адвокатов, специализирующийся по медицинским искам (у него медицинское и юридическое образование) и работающий в Иерусалиме, в беседе с корреспондентом «МГ» сказал: «Пациентам, считающим себя пострадавшими от врачебных ошибок или медицинской халатности, торопиться обращаться в суд не стоит. Вначале им следует обратиться в отдел жалоб министерства здравоохранения, который проверит документы и соберёт комиссию для расследования жалобы. Эта

комиссия обладает правом принять весьма строгие меры».

Израильский эксперт по медицинским вопросам Ран Резник обращает внимание на существующую даже в Израиле, как он именует, «культуру круговой поруки», иначе говоря, сокрытие фактов врачебной халатности. В качестве примера того, насколько разбирательство по подозрениям в медицинской халатности может быть поверхностным, Резник приводит внутреннее расследование, проведённое несколько лет назад в больнице «Бейлинсон» в Петах-Тикве.

В своём отчёте заместитель главного врача этой больницы профессор Ярон Нив (известный в мире гастроэнтеролог) пишет, что «не обнаружил признаков халатности». Хотя расследовавшая тот же случай комиссия министерства здравоохранения выявила многочисленные просчёты и ошибки. По мнению Р.Резника, эффективным способом ведения борьбы с медицинской халатностью, даже не повлекшей за собой тяжёлые последствия, должны стать суровые и бескомпромиссные наказания тех, кто уличён в сокрытии фактов, создании системы «круговой поруки», действующей среди персонала того или иного лечебного учреждения. В Израиле к таким методам, кроме перечисленных выше, относится лишение врачебной лицензии временно или навсегда.

Захар ГЕЛЬМАН,
соб. корр. «МГ».

Иерусалим.

Однако

В США контролируют нового министра и президента

50-летний экс-руководитель крупнейшего подразделения фармацевтической компании Eli Lilly Алекс Азар утверждён Сенатом США на пост нового главы Министерства здравоохранения и социальных служб страны.

За представленного ещё в ноябре прошлого года президентом США Дональдом Трампом кандидата проголосовали 55 сенаторов, против высказались 43. Сам глава государства выразил в твиттере уверенность, что на должности секретаря администрации (министра) по делам здравоохранения и социальных служб Азар может улучшить эти системы и добиться снижения цен на лекарственные препараты. Хотя ряд аналитиков, в том числе эксперт компании Cowen & Co. Эрик Ассараф, не верят, что новый министр сможет изменить политику образования цен на лекарства. Тем не менее, в планах Азара, как сообщают СМИ, – и борьба с оплодотворением, и продолжение оптимизации реформы здравоохранения и защиты пациентов, известной как Obamacare. А вообще-то не изменить, а отменить её было одним из главных предвыборных обещаний нынешнего главы Белого дома...

Алекс Азар работал в Eli Lilly and Company с 2007 г. С 2012 до начала 2017 г. – топ-менеджером её круп-

нейшего подразделения. Имеет опыт работы не только в фармотрасле, но и в правительстве: с 2001 по 2005 г. занимал должность юрисконсульта Минздрава США, а в администрации 43-го президента страны Джорджа Буша с 2005 по 2007 г. – заместителя министра здравоохранения и социальных служб. В январе 2017-го основал собственную консалтинговую компанию Seraphim Strategies.

Предыдущий глава Минздрава Том Прайс ушёл в отставку первым из министров команды Трампа, ещё в сентябре 2017 г., в результате скандала из-за подозреваемой растраты госсредств на его дорожные расходы. Президент назвал возникшую вокруг этого дела ситуацию позором, а Прайс пообещал возместить бюджету потраченные на свои перелёты средства.

Как стало известно, бывший министр здравоохранения США 26 раз воспользовался частными чартерами, что обошлось федеральному бюджету в 300 тыс. долл. Летал, в том числе международными рейсами, по служебным целям, навещая при этом своих родственников и друзей. В ходе проверки вероятная сумма бюджетных расходов выросла до 1 млн долл.

Что касается здоровья самого президента США, то после недавнего полного медицинского обследования,

во время которого он прошёл и тесты на когнитивные способности, главный врач Белого дома Ронни Джексон заявил журналистам, что никаких психических отклонений у Дональда Трампа нет, и до конца своего пребывания на посту он останется в здравом уме. «Президент здоров и будет оставаться таковым в течение всего времени исполнения своих обязанностей, – заявил доктор. – В состоянии покоя его сердце совершает 68 ударов в минуту. У президента зафиксировано артериальное давление 122/74». Однако при этом, как информирует ТАСС, он посоветовал главе государства увеличить время сна, так как тот спит всего 5-6 часов в сутки.

Следует отметить, что в ходе медицинского осмотра, который был плановым, Трамп лично настоял на том, чтобы ему провели ещё и полное психическое обследование. Ранее этого требовали около 900 врачей, утверждавших, что в последнее время у президента США была невнятная речь во время выступлений, беднеющий запас слов, а также нарушенная координация движений.

Опасения эти, судя по заявлению главного врача Белого дома, не подтвердились.

Константин САВРАНСКИЙ.

МИА Сито!

Угроза

Вспышка сибирской язвы в Турции

Ссылаясь на муниципальные власти провинции Трабзон Турции, Роспотребнадзор сообщил, что в районе населённого пункта Акчаабат на севере этой страны, имеющего выход к Чёрному морю, зарегистрирована вспышка сибирской язвы.

Госпитализировано уже 73 человека, у троих эта опасная острая зоонозная бактериальная инфекция подтверждена лабораторно.

Вспышка сибирской язвы, по данным Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, связана с употреблением в пищу провинции инфицированного мяса больной коровы. Несмотря на результаты эпидемиологического расследования и предупреждение властей, хозяин зарезал и разделал животное, «угостив» мясом соседей. После употребления мяса они почувствовали слабость и тошноту. Обследование показало, что трое из них заражены сибирской язвой. Одна женщина умерла.

Турецкие специалисты, как отмечает Роспотребнадзор, принимают ряд мер по недопущению дальнейшего распространения инфекции в этой причерноморской провинции. Материал для лабораторных исследований направлен в Анкару.

Ведомство обращает внимание россиян на вспышку сибирской язвы в Турции и просит учитывать эту ситуацию при планировании поездок в эту страну. Как на-



поминает Роспотребнадзор, болезнь протекает у человека чаще в кожной форме, которая может быстро перейти в генерализованную инфекцию с поражением желудочно-кишечного тракта и лёгких. Возбудитель инфекции – Bacillus anthracis – существует в вегетативной и спорной формах и может десятилетиями сохраняться в почве, не теряя жизнеспособности. Человек, преимущественно, заражается от больных животных (крупный и мелкий рогатый скот, свиньи, олени и др.) в процессе ухода, переработки и употребления продукции. Инкубационный период – от нескольких часов до 8 дней. Лечится болезнь противомикробными средствами,

для профилактики людей и животных выпускаются вакцины.

В МИД России подтвердили информацию турецких СМИ о десятках заболевших сибирской язвой и предупредили россиян об опасности заражения этой инфекцией в провинции Трабзон. Сообщение об этом опубликовано в твиттере ситуационно-кризисного центра министерства.

Провинция Трабзон находится в северо-восточной части Турции. Как правило, туристы едут сюда для экскурсионного или бюджетного отдыха у моря.

Иван МЕЖГИРСКИЙ.
МИА Сито!

Имена и судьбы

Сыновья — достойные отца

Боткины, как гордость российской медицины

О Сергее Петровиче Боткине написано много. Возможно даже больше, чем о других прославленных отечественных медиках. Известные писатели, историки, журналисты посвящали ему свои труды. Заслужил. Тем не менее, спросишь иного молодого врача, «Кто такой Боткин», и нередко в ответ услышишь: «Это тот, чье имя носит одна из крупнейших московских больниц? И ещё одна из форм гепатитов, кажется, названа болезнью Боткина. Я прав?» О сыновьях же Сергея Петровича, тоже способностями не обделённых, большинство молодых медиков практически ничего не слышали. Вот мы и решили вкратце рассказать о роли династии врачей Боткиных в истории медицины нашего отечества. Тем более что приближается печальная дата — 100 лет назад 18 июля 1918 г. была расстреляна царская семья Романовых, а с нею казнён один из сыновей Сергея Петровича.

Путь к знаниям

Серёжа был одиннадцатым ребёнком владельца крупной чайной компании Петра Боткина. В семье мальчика считали дурачком — к девяти годам буквы ещё не различал. Отец махнул на него рукой и решил, что определит сына в солдаты. Но Петру Боткину посоветовали сменить мальчонку домашнего учителя. И неожиданно у Серёжи проснулись поразительные способности, особенно к математике. По окончании одного из самых элитарных московских пансионов юноша намерился поступить на математический факультет Московского университета. Не получилось. По решению Николая I туда принимали молодёжь только дворянского сословия. На медицинский — извольте: врачи в стране в большом дефиците. И Сергей поневоле решает стать врачом. Но не зря существует убеждение, что человек способный, способен во всём. И молодой Боткин оканчивает университет со званием «лекарь с отличием».

Первым его врачебным крещением стало добровольное участие в Крымской кампании. Ему немало повезло — командовал им никто иной, как Николай Иванович Пирогов, у которого Сергей многому научился. Не читая Маркса и не будучи социалистом (скорее всего не слишком представляя значение этого слова), он на редкость заботливо относился к раненым солдатам. Проявлялось оно во всём, даже в том, чтобы каждый получал положенное ему количество мяса.

Вторым врачебным крещением молодого доктора Боткина стала длительная командировка, правда на отцовские деньги, по лучшим европейским клиникам, несравненно отличавшимся от российских, находившимся в середине XIX века в плачевнейшем состоянии. По возвращению Сергей в 28 лет был принят на одну из терапевтиче-



Святой врач страстотерпец Евгений Боткин

ских кафедр Санкт-Петербургской медико-хирургической академии (впоследствии Военно-медицинской академии). Спустя год талантливый врач удостоивается звания профессора и вскоре избирается руководителем одной из терапевтических кафедр, в должности которого остаётся три десятилетия.

Великий клиницист и реформатор

Имя доктора Боткина как блестящего диагноста, быстро облетело петербургскую знать. От пациентов отбоя не было. Но слава чаще бывает о двух концах. С одной стороны — объективная оценка деятельности человека, с другой — зависть коллег. И её-то Боткин постоянно ощущал. Его чернили, как могли, называли шарлатаном. Сергею Петровичу то и дело приходилось отбиваться от несправедливых наветов. Приведём только один пример. У одного из своих пациентов Боткин диагностировал тромбоз воротной вены. Известно, исход практически тут же смертельный. А больно прожил ещё несколько недель. Это стало поводом для очередных насмешек недругов. И на вскрытие усопшего, словно на премьерный театральный спектакль, сбегались многие недоброжелатели Сергея Петровича. Большинство стыдливо опустили голову, когда патологоанатом извлёк тромб из воротной вены.

Прекрасный диагност, Боткин при обследовании своих пациентов опирался на показания созданной им, кстати первой в медицинской практике России, экспериментальной лаборатории. Поначалу там

проводились в основном химические и микроскопические исследования. Постепенно возможности лаборатории расширялись, она превращалась в исследовательский центр. Тем временем Боткин своей светлой головой основывает новое направление в русской клинической медицине, в двух словах заключающееся в том, что болезнь связана со всем организмом человека и основным носителем этого единства является мозг со своей нервной системой. И Павлов высоко оценил эти выводы Боткина и считал его основоположником российской клинической медицины.

Слово «впервые» прилагается ко всему, чем занимался Сергей Петрович. Боткин первый описал клиническую картину инфекционного гепатита — болезнь, впоследствии названную его именем. Внёс целый ряд новшеств в диагностику и лечение болезней сердечно-сосудистой системы. Свои взгляды на медицину изложил в трёх выпусках «Курса клиники внутренних болезней». И в историю отечественной медицины вошёл не только как блестящий клиницист, но и как её организатор, как общественный деятель. При своей кафедре Сергей Петрович открыл первую в России бесплатную амбулаторию, в которой ежедневно принимали пациентов. Ввёл в Петербурге опять-таки первую в России санитарную карету — прообраз скорой помощи. Добился от Общества врачей, которым руководил, открытия первой в стране бесплатной больницы для бедных. Его примеру последовали врачебные общества и ряда других российских городов.

Боткин — первый врач, избранный в Думу. Поручили ему возглавлять комиссию по снижению смертности в России и улучшению санитарных условий, поборником которых он был и до своего почётно избрания. По воспоминаниям друзей, Сергей Петрович отличался ещё и искренним альтруизмом. Никогда не считавший заработанных денег, он от души помогал материально всем, кто к нему обращался. Не случайно Некрасов в своей поэме «Кому на Руси жить хорошо» благодарному Боткину посвятил целую главу.

Отдавая должное этому человеку, приходится употребить слово «впервые» применительно и к его инициативе открыть в Петербурге женские врачебные курсы. Причём они оказались первыми в мире. И Сергей Петрович не только сам принимал участие в обучении слу-

шательниц, но охотно предоставлял им возможность работать у себя в клинике.

Одновременно (какие контрасты!) Боткин был назначен первым в истории России лейб-медиком императорской фамилии. Лечил цесаревича Александра (будущего Александр III). Свои обязанности выполнял неукоснительно и никогда не кичился своим высоким придворным званием. Но при этом откровенно признавался, что эту роль свою считал самой тягостной и скучной.

День у Боткина был заполнен до отказа. Только после полуночи он позволял себе расслабиться — в этот поздний час из его кабинета доносились звуки музыки: Сергей Петрович играл на виолончели. Своим друзьям иногда он жаловался: «Работаю как последний подёнщик. Хорошо бы день растянуть до 40 часов». Тем не менее без науки, без помощи больным и прежде всего неумиющим, жизни своей не представлял.

Видимо, сердце человека не всегда выдерживает такой постоянной нагрузки и в 57 лет профессора Боткина не стало. В те траурные дни как раз проходил съезд русских врачей. Работу его прервали, и гроб с телом этого умнейшего и добрейшего человека его соратники пронесли многие километры на своих плечах.

Следуя велению души

У Сергея Петровича Боткина было четверо сыновей. Один стал дипломатом, а трое пошли по стопам отца. По материалам их биографа К.Беляева, старший сын Сергей был бактериологом и терапевтом. Прекрасный специалист, он вслед за отцом возглавил в Военно-медицинской академии ту же кафедру. Увы, и он рано ушёл из жизни. В 50 лет скончался от кровоизлияния в мозг.

Младший сын Александр, тоже выпускник Военно-медицинской академии, как и отец, считался блестящим диагностом. Но увлечённый морем, он после защиты диссертации перешёл в морское ведомство. Одно время, не бросая врачебия, жил в Крыму. Одновременно приходилось улаживать конфликты с тамошними татарами. Позже в его жизни был Париж и работа в Институте Пастера, где на мышах проводил исследования, связанные с омоложением организма. Увлекался идеей вечного мира между странами и народами и издал книгу «Жизнь вселенной и человека». Умер во Франции.

Больше информации сохранилось о среднем сыне Сергея Петровича Евгении Боткине. И он окончил ту же Военно-медицинскую академию и был там же зачислен приват-доцентом. Считался отличным практическим врачом. Занимался не только физиологическими функциями больного, но изучал также его душевное состояние. Это проявилось и в научных статьях Евгения. Интерес представляли и его труды по деонтологии. Любил он и искусство. Коллекционировал картины. В личной же жизни его постигло разочарование: красавица-жена ушла к молодому студенту, оставив на попечении мужа троих детей.

Трудно сказать, что подвигло Евгения добровольцем отправиться на русско-японскую войну. Известно лишь, что в её годы он руководил медицинской частью Красного Креста.

В 1908 г. Евгения Боткина, как в своё время отца, тоже назначили лейб-медиком Императорского двора. Постепенно он душой привязался к цесаревичу Алексею, как известно страдавшему гемофилией. При этом как врач немало переживал от своего бессилия помочь мальчику. Вынужден был даже терпеть вмешательство Распутина, хотя тот был ему крайне антипатичен.

Накануне высылки Николая II и его семьи из Петербурга большевики предложили Боткину покинуть его бывших сановничьих подопечных. Но привязанность к Алёше и высокие нравственные устои не позволили Евгению это сделать. «Я дал царю слово остаться при нём, пока он жив. И слову своему не изменю».

В Тобольске Боткин жил отдельно от царской семьи и лечил одновременно и её охрану, и местных жителей. Накануне перевода Николая и его близких в Екатеринбург Евгению Сергеевичу повторно предложили их покинуть. «Слушайте, доктор, революционный штаб решил предоставить вам полную свободу и снабдить надёжными рекомендациями». Ответ был прежним: «Я дал слово царю...» А в Госархиве РФ хранится письмо Евгения Боткина, написанное в Ипатьевском доме незадолго до расстрела его вместе с пленённой семьёй: «Я умер для своих детей, для близких, для дела. Только ещё не похоронен». Слово для этого человека было дороже собственной жизни. Произошло это сто лет назад.

Сергей Петрович Боткин мог бы гордиться сыновьями.

Марина МЕЛКОНЯН,
внешт. корр. «МГ».

Взгляд

Всего на этот конкурс было представлено более 200 фотографий, сделанных врачами и медицинскими сёстрами учреждения. География впечатляет: природа Алтайского края, Башкирии, Крыма, Ленинградской области, городские пейзажи Сургута, Москвы и Севастополя. Также в объективах фотоаппаратов участников оказались уютные улочки Рима, неповторимая водная гавань Стамбула.

— Работы, представленные участниками, можно смело называть художественными зарисовками, имеющими свою историю, — отметила заместитель главного врача Сургутской клинической травматологической больницы Светлана Алиева. — Каждый снимок — это путешествие, возможность познакомиться с миром через вторичный взгляд автора, улавливая

Мир через объектив фотоаппарата

В травматологической больнице Сургута подвели итоги необычного конкурса



Одна из работ конкурса

нотки его настроения. Приятно видеть интерес коллектива учреждения к фотоделу, уже сейчас мы можем с уверенностью сказать, что конкурс станет традиционным. Многие коллеги поддержали проведение творческого состязания.

Как признались участники, фотоконкурс — это ещё один повод увидеть яркие мгновения, красивые детали в окружающем нас мире, которые, к сожалению, в светлых буднях мы иногда не замечаем. А умение уловить эти моменты, увлечься ими — это и есть источник эмоционального порыва, душевного подъёма, которые дарят

вдохновение и силы для профессиональных и личных побед.

Победителями корпоративного конкурса «Фотокраски» стали: в номинации «Заметки путешественника» — травматолог-ортопед Андрей Топоров; в номинации «Родная природа» — медицинская сестра Ирина Леонтьева; в номинации «Удивительный мир» — анестезиолог-реаниматолог Павел Кузнецов.

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Сургут.

День рождения Марины Петровны Мухиной праздновали на даче. Стол накрыли под яблонями. Марину Петровну посадили в самом центре, а все её друзья, расположившись как бы вытянутыми полукольцами по её правую и левую руку, имели возможность и любоваться хозяйкой, и хвалить её кулинарное искусство, и проинзосить тосты, в которых было много искренних и добрых слов в её адрес. Поскольку в компании, к счастью, не оказалось записного тамады, Мухина быстро перехватила инициативу и предложила высказываться гостям по очереди, при этом очень весело и умело представляя каждого. За столом быстро установилась атмосфера непринуждённого веселья, а импровизации хозяйки были столь точны, остроумны и артистичны, что беспрерывно сопровождалась дружным хохотом присутствующих. Незаметно пролетели почти три часа, и только склонившееся к заходу солнце уютно подсвечивало раздумывавшееся лицо хозяйки, красивые ухоженные лица и разнообразные причёски её подруг и слегка отяжелевшие от вина и закусок лица мужчин.

— А давайте сделаем небольшой перерыв, — предложил один из гостей, вовремя почувствовавший настроение своей дамы.

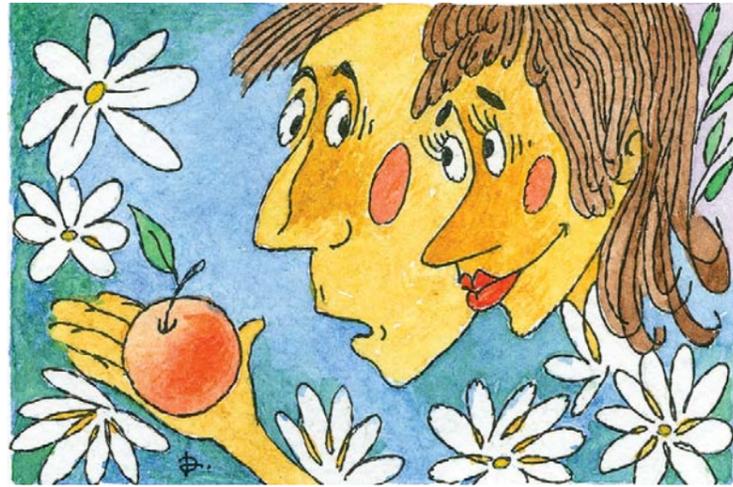
И в этот же момент к уже поднявшимся со своих мест гостям подошёл муж Мухиной — Аркадий Владиславович. Он приготовил фотоаппарат и пригласил всю компанию создать живописную группу.

Перед домом на небольшой выпуклой поляне, оставленной под будущий цветник, в разновысоких кувшинах и вазах красовались букеты цветов, подаренных хозяйке ко дню рождения. Преобладали розы — белые, алые, оранжево-красные, малиновые с тёмно-синим кантом, вишнёвые, морковно-жёлтые и даже чуть голубоватые. Игорь Валерьевич Челноков отметил про себя, что каждый из гостей проявил вкус и постарался обрадовать хозяйку, подчеркнув своё расположение к ней либо нежной и скромной раскраской цветов, либо пламенеющим фоном всего букета, что в объяснении, конечно, не нуждалось. К счастью, никто не принёс цветов парадно-тёмных оттенков, которые прилично дарить даме только в том случае, если ей под семьдесят.

После небольших прогулок, перемещений, перекуров гости в конце концов расположились на поляне полукругом в два ряда. Аркадий захотел, чтобы все попали в кадр и затеял перестановку, призывая всех приблизиться друг к другу и давая отдельным личностям

А ещё был случай

Королева и акушер-гинеколог



команду не закрывать соседа или соседку. Перемещаться на высоких каблуках по бугристой поляне оказалось делом непростым, и перед самой съёмкой Игорь Челноков почувствовал как властная, но мягкая женская рука схватила его за локоть.

И чья-то нежная щека прикоснулась к его щеке, а потом половину его лица прикрыла роскошная волна ароматной женской причёски. Игорь Валерьевич слегка отпрянул, повернул голову и встретился взглядом с большими и лукаво прищуренными глазами Татьяны Матвеевны Малиновской.

— Спасибо, коллега, — весело выпалила она. — Вы не позволили женщине упасть.

— В глазах света? — как бы не понимая и нарочито удивлённо проговорил Игорь Валерьевич.

— И без света тоже, — не понимая, что каламбурирует, ответила Татьяна.

И тут только она осознала второй смысл того, что выпалила, потому что вся зарделась и начала хохотать, пока из её глаз не полились слёзы.

— Татьяна Матвеевна, — после некоторой паузы вступил в беседу Челноков.

— Игорь Валерьевич, называйте меня просто Таней.

— С удовольствием, — обрадовался Игорь. — Можно и меня называть по имени.

— Ой, мне это непривычно. Можно я повременю?

— Конечно, можно. Так вот, милая Таня, если я правильно понял

Марину Петровну, вы её персональный врач. Так?

— В некотором роде так, но с большим ограничением.

— Это почему?

— Потому что я по специальности женский врач, акушер-гинеколог.

— Какая у вас благородная и важная работа.

— Чем же?

— Да хотя бы тем, что человеческая жизнь первоначально вручается вашим рукам.

— Как жаль, что это лишь иногда понимают коллеги, но совсем не часто все остальные люди.

— Танечка, о чём вы? Как же можно не ценить профессию, сочетающую простое, земное и очень личное, возвышенное.

— Спасибо за такое определение, но вы же не выбрали себе это занятие.

— Таня, вы правы. Но когда я учился в медицинском институте, был такой период, когда мне очень хотелось стать акушером-гинекологом. Я ходил в кружок, на дежурства, читал и собирал литературу по этой специальности. Кстати, вам не доводилось читать изданные в шестидесятые годы лекции профессора Фигурнова?

— Что-то очень знакомая фамилия.

— Конечно, вы как акушер-гинеколог знаете этого человека и встречались с его книгами и публикациями. Просто запомнили. Константин Михайлович окончил Военно-медицинскую академию, а выбрал вашу специальность. Тридцать лет он работал профессором,

а затем начальником кафедры акушерства и гинекологии в этой же академии, дослужился до звания генерал-майора, был избран членом Академии медицинских наук. Фигурнов очень уважительно относился к Владимиру Фёдоровичу Снегирёву — московскому врачу, одному из основоположников научной гинекологии в России, основателю Гинекологической клиники в стенах Московского университета, организатору и директору первого института для усовершенствования гинекологов ещё в дореволюционное время. В своих лекциях профессор Фигурнов (со слов прямых учеников Снегирёва) вспоминает, какая история в 80-е годы XIX века приключилась с Владимиром Фёдоровичем на чужбине.

Дело в том, что после защиты в 1873 г. в Московском университете докторской диссертации «К вопросу об определении и лечении позадиаточного кровоизлияния» Снегирёв отправился стажироваться по оперативной гинекологии за границу. Через некоторое время, узнав, что Снегирёва нет в России, его срочно разыскали в Европе и пригласили участвовать в консилиуме по поводу тяжёлого состояния здоровья одной венчественной особы. В консилиуме уже приняли участие около двадцати медицинских светил из разных стран. Состояние королевы было очень тяжёлым: она стонала и бредила, причитала и кричала, временами теряла сознание от резкой боли в животе, продолжавшейся уже четвёртые сутки. Все участники консилиума сходились во мнении, что у женщины катастрофа в брюшной полости, вызванная то ли быстро развившимся воспалительным процессом, то ли опухолью, которая вот-вот может разорваться и привести к непоправимой катастрофе со смертельным исходом. Все считали, что больную нужно срочно забирать на операционный стол.

Когда Снегирёва ввели через бесконечную анфиладу залов и комнат в помещение перед спальней королевы, он выслушал мнения всех участников консилиума, но попросил личной аудиенции. Три самых видных зарубежных профессора хотели войти в спальню вместе со Снегирёвым, но он вежливо и настойчиво отказался от

их помощи и попросил не мешать ему расспрашивать и осматривать королеву лично.

Через непродолжительное время Снегирёв позвал в спальню помощниц женского пола и велел им принести большой ночной горшок и кружку Эсмарха. После поставленной им сифонной клизмы больная громко испустила газы, потом сильно потужилась. Раздался громкий звук, а потом больная неоднократно, обильно, но с облегчением опорожнила кишечник. Процедура возобновлялась несколько раз, больная измучилась, но сразу же почувствовала такое облегчение!

Целые сутки после этого венчественная особа спала.

На третьи сутки королева почувствовала себя настолько хорошо, что категорически отказалась лежать в постели.

Снегирёв был обласкан и достойно награждён. Слава русского врача прокатилась по всей Европе.

Когда Снегирёв вновь оказался в России, коллеги пристали к нему с расспросами, желая понять ход мыслей врача и выводы, которые он сделал. А один из очень близких коллег всё-таки спросил его: «Владимир Фёдорович, друг любезный, признайся честно, неужели участникам консилиума и лично тебе не было боязно в покоях самой королевы?»

«Это для них она королева, — отвечал Снегирёв, — а для меня всё такая же баба».

— Да, да, — подхватила Малиновская. — Нашу профессию недаром в прежние времена называли «бабичьим делом».

— Да и в нынешние времена врачам многих других специальностей приходится заниматься «бабичьим делом». Тонкое это дело, деликатное.

Таня Малиновская снова внимательно посмотрела в глаза Игорю Валерьевичу и улыбнулась. Загадочно улыбнулась.

И в этот момент с ветки яблони сорвалось розово-красное спелое яблоко, ударилось о стол и покатилося прямо в ладони красивой женщины, занятой «бабичьим делом»...

Василий ПОЛЯКОВ,
доктор медицинских наук,
профессор,
врач высшей категории,
член Союза писателей России.

Москва.

Умные мысли

- Наболевший вопрос не решишь, взяв больничный лист.
- Сначала было слово, потом — инфаркт.
- Молоть чепуху на постном масле дано не только диетчикам.
- Бегство в себя — далеко не лучший способ борьбы с гиподинамией.
- Всё хорошо в меру, кроме здоровья.
- Не каждая дама сердца оказывается кардиологом.
- Незаменимых людей нет, чего не скажешь об их органах.
- Поговорить начистоту порой можно только с гигиенистами.
- Внутренний голос не всегда зовёт к психиатрам.
- Иной готов полжизни отдать за то, чтобы сделаться долгожителем.

Откровения врачей и пациентов

- Нездоровый интерес к медицине бывает не только у больных.
- Иной даже горчицики принимает близко к сердцу.
- Ипохондрик пытается приобрести здоровье, отнимая его у многих врачей.
- Здоровье тает и от жгучей зависти.
- Аноректики питаются иллюзиями на приобретение самых лучших форм.
- Не все диабетики игнорируют медовый месяц.
- Иная неудачная хирургическая операция — это репетиция вскрытия.

- Чтобы резать правду-матку недостаточно ещё быть хирургом-гинекологом.
- Ничто так не радует глаз, как новый хрусталик.
- Наколоться можно и на плохом иглорефлексотерапевте.
- Язвительность порой начинается с гистрита.
- Ваше здоровье — в ваших мозгах!
- В наши дни не так страшна болезнь, как страшно дорогое лечение.
- Доктор, в каждой больнице есть место подвигу!

- Хам даже бессердечного способен довести до инфаркта.
- Болезнь — это напоминание о бренности всего сущего.
- Незнание жизни не мешает быть жизнелюбом.
- Время сглаживает всё, даже мозговые извилины.

Услышал и записал
Евгений ТАРАСОВ,
врач высшей категории.

Москва.

Полное или частичное воспроизведение или размножение каким-либо способом материалов, опубликованных в настоящем издании, допускается только с письменного разрешения редакции газеты.

Материалы, помеченные знаком , публикуются на правах рекламы. За достоверность рекламы ответственность несёт рекламодатель.

Главный редактор А.ПОЛТОРАК.

Редакционная коллегия: В.ЕВЛАНОВА, В.ЗАЙЦЕВА, В.ЗИНОВЬЕВ (зам. ответственного секретаря), А.ИВАНОВ, В.КЛЫШНИКОВ, Т.КОЗЛОВ, В.КОРОЛЁВ, А.ПАПЫРИН (зам. главного редактора, редактор сайта), Г.ПАПЫРИНА, В.САДКОВСКИЙ (зам. главного редактора — ответственный секретарь), И.СТЕПАНОВА.

Дежурный член редколлегии — В.ЗАЙЦЕВА.

Справки по тел.: 8-495-608-86-95. Рекламная служба: 8-495-608-85-44.

Отдел изданий и распространения: 8-916-271-08-13.

Адрес редакции, издателя: ул. Гиляровского, 68, стр. 1, Москва 129110.

E-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения).

«МГ» в Интернете: www.mgzt.ru

ИНН 7702394528, КПП 770201001, р/с 40702810338000085671, к/с 30101810400000000225,

БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

Отпечатано в АО «ЭКСТРА М» 143405 Московская область Красногорский район, г. Красногорск, автодорога «Балтия», 23 км, владение 1, дом 1. Заказ № 18-02-00267 Тираж 18 895 экз. Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.

Корреспондентская сеть «МГ»:

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

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

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