17 августа 2016 г. — Среда № 61 (7681) — 17 (7681) — 18 (7681) —

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВРАЧЕБНОЕ ИЗДАНИЕ

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

www.mgzt.ru

Работают мастера —

Два метода лечения — разом

Хирурги восстановили ток крови в лёгкие у новорождённых



В Красноярском федеральном центре сердечно-сосудистой хирургии освоили технику гибридных операций в отношении детей с критическими врождёнными пороками сердца. Здесь выполнены первые операции маленьким пациентам с одновременным использованием методов эндоваскулярной и открытой хирургии.

К внедрению гибридной кардиохирургии врождённых пороков сердца красноярские специалисты готовились давно, и вот представился случай. Точнее, сразу три случая: в клинику почти одновременно поступили трое недоношенных новорождённых с диагнозом «атрезия клапана лёгочной артерии». Вес малышей от 1,7 до 2 кг, все они кроме порока сердца

Первые гибридные операции выполняла большая команда специалистов Красноярского кардиоцентра

имеют тяжёлые пороки развития желудочно-кишечного тракта, органов дыхания и центральной нервной системы. Разумеется, операции на открытом сердце для таких особенных крох - дополнительная агрессия.

- «Гибрид» означает смешение двух методов лечения - интервенционного и хирургического под одновременным контролем ангиографии и эхокардиографии. Основная цель такого способа лечения - минимально травматичным способом устранить атрезию, восстановить путь для тока крови в лёгкие. Без хирургического лечения в 95% случаев эти дети не переживают период 3 месяцев, - поясняет заведующий

детским кардиохирургическим отделением ФЦССХ Красноярска кандидат медицинских наук Алексей Ильин.

В ряде случаев гибридные операции носят паллиативный характер. Это лишь первый этап лечения, задача которого - стабилизировать состояние больного малыша и избежать сложной операции на открытом сердце в раннем периоде новорождённости, а выполнить её позднее, когда ребёнок подрастёт и сможет лучше перенести такое вмешательство.

Елена БУШ, соб. корр. «МГ».

Красноярск.



Виктор СЕВАСТЬЯНОВ, руководитель Центра патологии речи и нейрореабилитации нейросенсорных и двигательных нарушений Минздрава Республики Марий Эл, профессор:

Зрительный нерв передаёт информацию не с помощью электрических импульсов, а оптическим путём.

Александр РУМЯНЦЕВ, главный детский гематолог Минздрава России, академик РАН:

Мир занят биологией старения, в то время как биология развития человека не изучена.





Игорь ХАТЬКОВ, главный онколог Департамента здравоохранения Москвы, профессор:

Мало требовать от терапевтов онконастороженности - нужно повышать их онкоинформированность.

Cmp. 12

Проекты —

Чтобы легче дышалось

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова совместно с медиками детского бронхолёгочного санатория № 15 Департамента здравоохранения Москвы планируют разработать новые программы реабилитации детей с респираторными заболеваниями. Об этом сообщила главный врач санатория Ирина Калиновская.

«Совместно с профессорско-преподавательским составом вуза планируем разработать новые программы реабилитации детей с бронхолёгочными заболеваниями, также будем разрабатывать программы долечивания детей из стационаров. Здесь важно, чтобы не только поликлиника давала направление в санатории, но также чтобы дети после стационарного лечения направлялись на реабилитацию, где они будут продолжать уже немедикаментозное лечение», - рассказала И.Калиновская.

Она уточнила, что на сегодняшний день попасть в санаторий можно только по направлению из поликлиники. И.Калиновская пояснила, что программа долечивания позволит детям, перенёсшим бронхолёгочные заболевания, получить необходимую реабилитацию, которая предотвратит возможные осложнения.

По её словам, ежегодно в детском бронхолёгочном санатории № 15 реабилитацию проходят около 1,5 тыс. детей в возрасте от 4 до 11 лет, курс лечения длится 21 день. «В санатории осуществляется весь комплекс восстановительного лечения детей. Наши врачи формируют индивидуальный план лечения для каждого ребёнка», - отметила И.Калиновская.

> Яков ЯНОВСКИЙ. **МИА Cito!**

Москва.

Перемены

Диагностика без боли

На службу Краевой клинической больницы № 2 в Приморье поступил 16-срезовый томограф нового поколения, позволяющий анализировать все анатомические области человека. Причём более широко и углублённо. Уникальный аппарат избавляет пациентов от необходимости проводить сложные, а порой и болезненные исследования внутренних органов. По словам врачей, установленное оборудование гораздо мощнее прежних образцов, в том числе и благодаря автоматическому прибору для введения контраста.

- На новом компьютерном томографе изображение получается более чётким и качественным настолько, что можно, к примеру, детально рассмотреть толстую кишку, не проникая в неё, - подчеркнула Светлана Бениова, главный врач ЛПУ. - Это очень удобно для тех, кто по разным причинам не переносит эндоскопию. Кроме того, как отмечают спе-

циалисты, техника не требует для обслуживающего персонала специальной защиты.

Высокая чёткость изображения, снижение лучевой нагрузки на пациента позволяет поставить диагноз с точностью до 99%.

Отметим, что краевая больница № 2 приобрела современный томограф за счёт собственных средств, полученных от оказания населению платных услуг.

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

Владивосток



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

Новости

Расходы на платную медицину растут

За время кризисной ситуации население страны увеличило расходы на платные медицинские услуги, сократив при этом затраты на ЖКХ и транспорт. Это констатирует Бюллетень социально-экономического кризиса в России, подготовленный Аналитическим центром при Правительстве РФ.

Доля медицинских услуг, включая санаторно-курортные, выросла в 2015 г. с 6,9 до 8%. В целом потребление платных услуг населением отличается стабильностью на фоне сжатия спроса на товары: в 2015 г. оно снизилось лишь на 2% при падении розничных продаж на 10%.

То есть население России, во всяком случае его состоятельные слои, не готово даже в нынешней экономической ситуации экономить на медицинской помощи. При этом в период кризиса обострились проблемы доступа к качественным платным услугам для бедных слоёв населения.

Объём платных услуг в I квартале 2016 г. с учётом сезонной корректировки оказался на 2,7% ниже максимального предкризисного уровня, достигнутого в III квартале 2014 г. Единственной группой услуг, потребление которых выросло за 2 года кризиса, стали медицинские услуги - в І квартале 2016 г. их объём на 4,3% превысил уровень I квартала 2014 г.

Иван ВЕТЛУГИН.

К осенней иммунизации готовятся летом

Астраханская область готова к прививочной кампании против гриппа. Этой осенью астраханские медики планируют привить от этой болезни около 400 тыс. человек группы риска, в том числе почти 100 тыс. детей. Это составит до 40% от численности населения области (в 2015 г. сезонной вакцинацией было охвачено 26% населения региона). Из федерального центра в рамках Национального календаря профилактических прививок в Астраханскую область поступит почти 300 тыс. доз вакцины против гриппа для взрослых и детей, ещё около 80 тыс. доз закупят для астраханцев поликлиники. Также медики рассчитывают на поддержку предприятий и организаций области, заинтересованных в сохранении здоровья своих работников.

Кроме того, в этом году вакцинация против гриппа для граждан, не входящих в программу бесплатной иммунизации, будет доступна за счёт собственных средств в поликлинике по месту жительства. Сейчас для этого закупается необходимое количество вакцины.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.

Астрахань.

Мобильные бригады всегда готовы прийти на помощь

За первое полугодие нынешнего года бригады Центра медицины катастроф Воронежской области совершили 118 вылетов, в ходе которых оказали срочную помощь 142 пациентам. В 2015 г. с использованием воздушного транспорта была оказана помощь 273 больным, в том числе 29 пострадавшим при ДТП.

Всё это стало возможно, поскольку в распоряжении центра имеются современные реанимобили, многоцелевой санитарный самолёт Ан-2, а также вертолёт Eucopter-135 с возможностью оказания помощи на борту. Ан-2 ежегодно совершает свыше 50 вылетов в районы области. Вертолёт в настоящее время временно находится в ремонте, но скоро он вновь приступит к работе.

Ежедневно в Центре медицины катастроф в режиме круглосуточного дежурства находятся 5 многопрофильных аэромобильных бригад специализированной медицинской помощи, которые при возникновении чрезвычайных ситуаций могут быть усилены до 10.

Оксана КОЗЛОВА.

Воронеж.

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

Перемены

День, которого ждали

Онкологическая поликлиника совершенно изменила свой облик

В Оренбурге после проведённой реконструкции открыта консультативная поликлиника областного клинического онкологического диспансера.

У этого учреждения солидный возраст - почти полвека. С одной стороны, накоплен опыт работы. с другой - площади учреждения, весь его облик давно отстали от современных норм.

Теперь коллектив приступил к работе в кардинально обновлённом корпусе, где благодаря надстройке 4-го этажа и изменению конфигурации здания площадь поликлиники увеличилась вдвое. В разы повысилась её мощность: вместо 175 до 500 человек в смену! Увеличилось число кабинетов (соответственно, и число врачей), vстановлены лифты: здание оснащено современными инженернотехническими сетями: автоматической пожарно-охранной системой, видеонаблюдением, компьютерной и телефонной сетями, системами вентиляции, кондиционирования. Кабинеты специалистов, паракли-



Работает новая регистратура

что теперь удобнее будет нашим пациентам».

Об одном нововведении - системе управления очередью и контроля доступа - надо сказать особо. В центре холла поликлис номером окошка регистратуры, а женский голос продублирует приглашение.

«Здесь всё сделано на высшем уровне», - такую оценку объекту дал губернатор области Юрий Берг. Глава региона лично контролировал преобразования, проводимые в головном учреждении областной онкологической службы: и проведение капитального ремонта стационарных отделений, и реконструкцию поликлинического корпуса. Перемены стали возможны благодаря программе социального партнёрства с одной из ведущих компаний региона.

- Стратегическое направление современной онкологии - максимально приблизить к пациентам её возможности, - подчёркивает министр здравоохранения Оренбургской области Тамара Семивеличенко. - В этом деле важны все звенья – от выполнения уникальных операций до создания современных, комфортных условий, где эта помощь оказывается.

В ближайшее время состоится открытие радиологического корпуса онкологического диспансера в Орске. Его запуск повысит доступность диагностики и лечения онкологических заболеваний лучевыми методами. Здесь будут получать лечение не только жители Орска, но и жители восточной части области.

Фото Ивана АНИСИМОВА.



На церемонии открытия

ническая служба, диагностические и процедурные, операционная для проведения амбулаторных операций, отделение амбулаторной химиотерапии - словом, поликлиника приобрела облик медицинского учреждения XXI века.

«Работать в таких условиях нам, безусловно, приятно, - говорит заведующая поликлиникой Лариса Никитина. - Но самое важное,

ники, за открытой стойкой - администратор. «Я нахожусь в начале потока посетителей, встречаю их, регулирую, могу помочь, успокоить растерявшегося человека», - поясняет администратор Наталья Прохорова. Автомат у стойки выбивает электронный номерок пациента. Можно присесть на диванчик и подождать, когда на электронном табло появится твой номер вместе

Наталья ЧЕПУРГИНА, внешт. корр. «МГ».

Оренбург.

В Калининградской областной больнице успешно прошли учения по ликвидации чрезвычайной ситуации. Объектом противопожарной тренировки стало нефрологическое отделение стационара.

По «легенде» учений, предположительно от замыкания в электросети произошло возгорание палаты на первом этаже. Незамедлительно началась эвакуация пациентов и медицинского персонала. Из 38 человек, находившихся на лечении в отделении, 36 покинули помещение самостоятельно, двое с «ожогами и отравлением продуктами горения» были на носилках перемещены сначала в приёмный покой, а затем в реанимационное отделение.

По оценке представителей регионального Министерства здравоохранения и Главного управления МЧС России по Калининградской области, медицинский персонал сработал чётко и слаженно, все действия при учебной ликвидации

ПСОЖИД



Во время практических занятий

чрезвычайной ситуации выполнены в соответствии с нормативами и без замечаний.

По окончании мероприятия состоялось практическое занятие для персонала больницы по тушению пламени с помощью огнетушителей

Тактико-специальные учения по ликвидации чрезвычайных ситуаций проводятся Министерством здравоохранения региона четвёртый год подряд во всех стационарах больниц Калининградской области и выборочно в поликлиниках. В них также принимают участие подразделения МЧС и УМВД. Особое внимание, помимо стационаров, уделяется психиатрическим больницам и домам ребёнка. Как правило, в тренировках задействуются те подразделения лечебных учреждений, которые ещё в них не участвовали.

Ежегодно число медицинских организаций, в которых прошли учения, увеличивается. И если в 2015 г. их было 36, то в 2016-м – 46. С начала года тренировки прошли в 31 учреждении. 9 августа учебный пожар также ликвидировали в областной инфекционной больнице.

В 2016 г. помимо плановых учений региональный Минздрав провёл 11 внеплановых практических занятий с сотрудниками регионального перинатального центра, Дома сестринского ухода, специализированного дома ребёнка № 1 в Советске и других учреждений здравоохранения для того, чтобы довести до автоматизма процесс эвакуации персонала и пациентов в случае возникновения чрезвычайных ситуаций.

Инна СЕРГЕЕВА, внешт. корр. «МГ».

Калининградская область

30Ж и паллиативная помощь

приоритеты для НКО

Социально-медицинские услуги - организация паллиативной помощи, профилактика социально значимых заболеваний и сбор информации о качестве медуслуг - в приоритетах работы социально ориентированных некоммерческих организаций (HKO).

Указ «Об утверждении приоритетных направлений деятельности в сфере оказания общественно полезных услуг», который подписал Президент РФ, должен простимулировать деятельность НКО, направленную на решение социальных проблем, а также развитие гражданского общества в РФ. На основании этих направлений, сообщает сайт Кремля, кабинету министров поручено за 3 месяца установить перечень общественно полезных услуг и разработать критерии оценки качества их оказания.

Перечень включает 20 направлений, в том числе касающиеся здравоохранения:

- деятельность по оказанию социально-медицинских услуг, направленных на поддержание и сохранение здоровья получателей социальных услуг путём организации ухода, оказания содействия в проведении оздоровительных мероприятий, систематического наблюдения за получателями социальных услуг для выявления отклонений в состоянии их здоровья;

- деятельность по организации отдыха и оздоровления детей, в том числе детей с ограниченными возможностями здоровья и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации;

- деятельность по профилактике социально значимых заболеваний. курения, алкоголизма, наркомании. включая просвещение и информирование граждан о факторах риска для их здоровья, формирование мотивации к ведению здорового образа жизни:

– деятельность по оказанию услуг, предусматривающих медико-социальное сопровождение лиц, страдающих тяжёлыми заболеваниями, и лиц, нуждающихся в паллиативной помощи, включая организацию оказания паллиативной помощи и содействие её оказанию;

- деятельность по оказанию услуг, направленных на медикосоциальную реабилитацию лиц с алкогольной, наркотической или иной токсической зависимостью;

- деятельность по сбору, обобщению и анализу информации о качестве оказания услуг организациями культуры, социального обслуживания, медицинскими и образовательными организациями, осуществляемая организациейоператором.

> Иван ВЕТЛУГИН. **МИА Cito!**

Дословно

Директор Департамента общественного здоровья и коммуникаций Минздрава России Олег Салагай выступил с комментарием по поводу появившейся в одном из средств массовой информации критической публикации, в которой шла речь о закупке вакцин против пневмококковой инфекции. В этом материале содержится ряд явно некорректных утверждений.

Вакцину выбирало профессиональное сообщество

- Прежде всего, проверки, проведённые Счётной палатой РФ в 2014-2015 гг. по данному вопросу, не имели каких-либо замечаний в адрес министерства, - утверждает он. - Более того, вопрос выбора вакцины широко обсуждался в профессиональном сообществе, а также в рамках межведомственного взаимодействия федеральных органов, среди которых следует отдельно отметить ФАС России, Роспотребнадзор, а также Генеральную прокуратуру РФ. В ходе проведённого анализа изучены мнения экспертов в области педиатрии, пульмонологии и эпидемиологии: главного терапевта-пульмонолога Минздрава России академика РАН А.Чучалина, специалистов НИИ детских инфекций ФМБА России, НИИ вакцин и сывороток им. И.И.Мечникова ФАНО, Научного центра здоровья детей ФАНО, Центрального НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, НИИ пульмонологии ФМБА России, Первого МГМУ им. И.М.Сеченова, Центра медицинских иммунобиологических препаратов Научного центра экспертизы средств медицинского применения Минздрава России, Института иммунологии ФМБА России, общественного координационного совета по пневмококковой вакцинации.

Эксперты, определявшие вакцину для закупки основывались на рекомендациях Всемирной организации здравоохранения (позиция ВОЗ изложена в Еженедельном эпидемиологическом бюллетене Европейского бюро

Всемирной организации здравоохранения «Пневмококковые вакцины: документ по позиции ВОЗ, 2012 г.»).

Следует особо отметить, что к данным закупкам Счётной палатой РФ также не было высказано никаких замечаний в ходе контрольных мероприятий в нынешнем году.

Другие тезисы в материале аналогично не выдерживают последовательной критики. Так, например, удивляют замечания в адрес включения тех или иных препаратов в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов. При том что перечень утверждается не министерством, а Правительством РФ, его формирование впервые в отечественной истории с 2014 г. проходит абсолютно прозрачно комиссией с онлайн-трансляцией заседания на основании комплексных оценок клинической эффективности препарата, его фармакоэкономических аспектов и целесообразности включения в протоколы и стандарты лечения.

Изложенное позволяет сделать вывод о том, что или коллегижурналисты были введены в заблуждение людьми, которые сами плохо понимали суть вопроса, или в погоне за сенсационностью материала не обратили внимание на чёткие юридически и медицински обоснованные аргументы.

> Подготовил Павел АЛЕКСЕЕВ. **МИА Cito!**

Москва.

Акценты —

Приморцы лекарствами обеспечены

Более 760 млн руб. направлено с начала года в Приморском крае на приобретение лекарственных препаратов для льготной категории граждан. Общее количество выписанных рецептов составило почти четверть миллиона. Лекарства получают все льготники, не отказавшиеся от своего права на это, выбрав монетизацию.

По словам Екатерины Елисеевой, заместителя директора Департамента здравоохранения Приморского края, с начала года из краевого бюджета на приобретение лекарств направлено около 214 млн руб., ещё 274 млн поступило на эти цели из федерального бюджета. Самая большая сумма приходится на льготополучателей по программе «Семь нозологий» - это более чем 276,5 млн руб.

Отметим, что средняя стоимость препаратов для пациентов этой категории варьирует в пределах 80-100 тыс. руб. в месяц. Это самая дорогая категория пациентов. К таким заболеваниям относятся гемофилия, муковисцидоз, гипофизарный нанизм, болезнь Гоше, миелолейкоз, рассеянный склероз, а также состояния после операций по трансплантации органов или тканей.

Общее количество рецептов, выписанных на приобретение лекарственных препаратов с начала года, составляет почти 250 тыс. штук.

По словам вице-губернатора региона Павла Серебрякова, реализация программы по льготному обеспечению приморцев жизненно важными препаратами остаётся одной из приоритетных задач ведомства. Так, в 2015 г. на закупку лекарственных препаратов для льготников Приморья было направлено более 1,2 млрд руб., это почти на 11% больше, чем в 2014 г.

В Приморском крае в региональном реестре числятся более 50 тыс. льготников, ещё почти 34 тыс. приморцев входят в федеральный регистр получателей льготных лекарств. Получить лекарственные препараты, а также изделия медицинского назначения и лечебные продукты питания для детей-инвалидов льготники могут в 55 аптеках и аптечных пунктах.

Также работает многоканальная аптечная справочная служба по отпуску льготных медикаментов. Наценки в аптеках региона на жизненно важные лекарственные препараты жёстко контролируются.

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

Приморский край

Санитарная зона —

Роспотребнадзор: за отказ от вакцинации к ответственности

Специалисты и эксперты Федеральной службы по надзору вергающие жизнь своего ребёнка в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор) рассматривают возможность введения юридической ответственности за отказ родителей от прививок своих детей.

Такая ответственность может быть введена в нашей стране, в настоящее время идёт обсуждение её возможных вариантов, сообщила глава Роспотребналзора Анна Попова на молодёжном форуме «Территория смыслов на Клязьме» во Владимирской области. Она подчеркнула, что методы решения проблемы будут основываться на мировой практике, но адаптированы к условиям России.

«Если государство даёт деньги на прививку и родители не пользуются этим, то, следовательно. они и не будут пользоваться другими благами, которые даёт государство, подвергая риску других детей. И конечно, этот вопрос следует обсуждать, и он обсуждается, потому что родители, подтакому высокому риску, - это очень плохо», - сказала А.Попова, поддержав предложение одной из участниц форума о введении ответственности для родителей, отказывающихся от вакцинации детей.

Кроме того, по словам главы Роспотребнадзора, в связи с ростом заболеваемости коклюшем в некоторых субъектах РФ в ведомстве думают о дополнительной ревакцинации младших школьников против этой инфекции.

Сейчас прививка против коклюша входит в Национальный календарь обязательных профилактических прививок и рекомендуется детям в возрасте от 3 месяцев. В курс иммунизации входит 3 вакцины, которые вводятся с перерывом в 1,5 месяца, а ревакцинацию проводят один раз в возрасте 1,5 года

Иван МЕЖГИРСКИЙ.

МИА Cito!

Cumuauus

ить стали меньше?

Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор) сообщила о снижении масштабов злоупотребления алкогольной продукцией.

По данным экспертов, злоупотребление алкоголем в России приводит к преждевременной, предотвратимой смерти около полумиллиона человек ежегодно, являясь причиной смертности около 30% мужчин и 15% женщин.

Данные последних лет свидетельствуют, что алкоголизм в юношеском возрасте формируется вследствие приёма пива, разных слабоалкогольных напитков.

Концепцией государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения Российской Фелерации на периол до 2020 г. определены первостепенные задачи. Среди них – снижение уровня потребления алкогольной продукции на душу населения; снижение первичной заболеваемости; снижение смертности от алкоголизма, в том числе связанной с острыми отравлениями алкоголем.



В настоящее время запрещена розничная торговля алкогольной продукции в детских, образовательных, медицинских организациях, на объектах спорта, в организациях культуры и т.д.

Системная работа по реализации вышеуказанной концепции, направленная на снижение доступности алкогольной продукции, способствовала тому, что с 2009 г. официальные продажи алкогольной продукции в абсолютном алкоголе на душу населения сократились почти на 9%, отмечает Роспотребнадзор. За последние 7 лет доля больных, взятых под диспансерное

наблюдение с впервые в жизни установленным диагнозом, снизилась почти на треть, также на 11% снизилась численность больных алкоголизмом, состоящих на учёте в лечебно-профилактических организациях. Смертность от всех учитываемых причин, связанных с употреблением алкоголя, снизилась на четверть.

Учитывая ситуацию, Роспотребнадзор считает недопустимым снятие ограничений по реализации любых видов алкогольной про-

> Валентин МАЛОВ. **МИА Cito!**

Первый корпус медицинского кластера, структурно включающего лечебные, образовательные и научные направления деятельности, обретает реальные черты на территории инновационного центра «Сколково».

Кластер возводится в соответствии с поручением Президента РФ № Пр-930 от 12.04.2012. Он разместится на площади 50 га, на которых планируется построить 400 тыс. м² недвижимости под профилактические, лечебные и диагностические корпуса. Здесь возведут клинико-диагностический многопрофильный центр со стационаром и центром онкологии, детским стационаром и перинатальным центром, а также клиниками нейрохирургии, ортопедии и кардиологии.

Цель создания кластера развитие медицинской деятельности по оказанию медпомощи, совершенствование её качества, проведение научных исследований, организация образовательной деятельности в области охраны здоровья граждан, содействия созданию новых лекарственных препаратов, медицинских технологий и медицинских изделий, а также развитие международного сотрудничества в указанных сферах. Ставится также задача привлечения в Россию прогрессивных медицинских технологий.

Надо напомнить, что парламентом принят Федеральный закон «О Международном медицинском кластере и внесении изменений в отдельные законодательные акты РФ». Он позволяет уменьшить количество административных барьеров, препятствующих привлечению

Проекты

Медкластер в «Сколково»: строительство началось

Раскрываются новые возможности в области охраны здоровья

в нашу страну передовых медицинских технологий и стандартов, а также объединить усилия государства и частного бизнеса для интенсивного развития медицины, научных исследований и образования в области охраны здоровья.

Участниками проекта в соответствии с законом признаются российское или иностранное юридическое лицо, индивидуальный предприниматель, осуществляющие на территории международного медицинского кластера деятельность по реализации проекта. Статус его участника приобретается на основании заключения соглашения с управляющей компанией в соответствии с требованиями, закреплёнными в федеральном законе, на срок до 10 лет.

Полномочия по управлению международным медицинским кластером, а также по обеспечению его функционирования возлагаются законом на управляющую компанию – российское юридическое лицо, создаваемое высшим исполнительным органом государственной власти субъекта РФ – города федерального значения Москвы в



Инновационный центр «Сколково» предоставляет широкие возможности

организационно-правовой форме фонда.

Принять участие в проекте могут как российские индивидуальные предприниматели и юридические лица, так и иностранные, но только из государств Организации экономического сотрудничества и развития

(ОЭСР), куда, например, входят такие страны, как Германия, Израиль, Швейцария, США и др. Управлять кластером будет российское юрлицо, созданное по решению правительства Москвы. Налоговые льготы не предусматриваются.

Создание медицинского кла-

стера в «Сколково» раскрывает возможности для применения современных технологий и расширения сотрудничества с иностранными клиниками, в первую очередь из стран ОЭСР. Для участников проекта предусмотрена возможность привлечения иностранных специалистов, а также особенности технического регулирования, обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения и регулирования градостроительной деятельности. Приглашённым врачам с дипломами зарубежных стран не придётся пересдавать квалификацию в нашей

В сентябре 2015 г. мэр Москвы Сергей Собянин подписал постановление о мерах по обеспечению создания и функционирования медицинского кластера в «Сколково». В соответствии с этим документом учреждён Фонд международного медкластера, цель которого — обеспечивать его функционирование.

Завершить возведение объектов первой очереди медкластера планируется в 2018 г.

Константин ЩЕГЛОВ, обозреватель «МГ».

Профилактика

В результате контрольно-надзорных мероприятий должностными лицами Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор) в январе — июне 2016 г. за нарушения требований законодательства в области охраны здоровья граждан от воздействия табачного дыма и последствий потребления табака к административной ответственности привлечено 6534 выца

пространения табакокурения признаны, по критериям стоимости и эффективности, наиболее перспективным направлением предупреждения болезней.

В Российской Федерации принятый в развитие Концепции

Доступно и удобно

Для этого медучреждения оснащают пандусами

В Приморском крае продолжается работа по созданию комфортных условий для людей с ограниченными возможностями здоровья. В числе общественных мест, где ведутся работы, – лечебные учреждения Приморья. В прошлом году сразу несколько больниц и поликлиник региона стали более доступными для маломобильных граждан. Так. пандусы появились в детской больнице Партизанска и в ЛПУ Находки.

Работы по обеспечению маломобильных граждан свободным доступом во все свои подразделения ведёт и руководство Находкинской городской больницы.

– Эту работу мы начали ещё в прошлом году. На сегодняшний день в рамках программы «Доступная среда» выполнено 16 объектов, – отметил Игорь Понитаев, главный врач больницы Находки. – На это было потрачено почти 3 млн руб., из которых более 2 млн – средства ЛПУ, остальные мы получили из краевого и федерального бюджетов.

Предложенные типовые проекты были скорректированы под каждый объект городской больницы. Кроме того, предварительно выполнены топографические съёмки и разработаны проектные решения, произведён

демонтаж старых крылец и устройство новых монолитных конструкций.

Так, в хирургическом корпусе боковые пандусы снабдили электрическим подогревом. Ведь вход в здание расположен с северной стороны, а в его углах скапливается вода. Теперь же здесь не будет наледи в зимнее время.

Также на пандусах в хирургическом и терапевтическом корпусах решено уложить бесшовное резиновое покрытие – к зиме все конструкции должны быть максимально безопасными для работников и пациентов больницы. Хотя все бетонные поверхности и так сделаны шероховатыми.

Сегодня больница продолжает доводить условия беспрепятственного и удобного передвижения больных и персонала до полного соответствия нормам. Практически везде дополнительно изготовлены и смонтированы перильные ограждения, убраны высокие пороги, сделаны навесы, оборудованные водосточными системами и т.д. Кроме того, расширено большинство дверных блоков, а входы в корпуса медучреждения оснащены кнопками вызова персонала и световыми табло.

Николай РУДКОВСКИЙ, соб. корр. «МГ».

Приморский край.

Антитабачный вектор

Следуя ему, строго наказываются нарушители важного закона

В их числе – около 2700 граждан, более 1900 работников организаций-продавцов табачной продукции, более 900 индивидуальных предпринимателей и около 1000 юридических лиц. Общая сумма назначенных административных штрафов составила свыше 67 млн руб.

Употребление табака в мире ежегодно приводит почти к 6 млн случаев смерти, из которых более 5 млн происходит среди потребителей и бывших потребителей табака, и более 600 тыс. – среди некурящих людей, подвергающихся воздействию вторичного табачного дыма (дым, заполняющий рестораны, офисы или другие закрытые помещения, где люди курят).

Табачная интоксикация в настоящее время – ведущая устранимая причина смерти для современного человека. Именно поэтому меры по снижению распространения табакокурения признаны по критериям стоимости и эффективности наиболее перспективным направлением профилактики хронических неинфекционных заболеваний, снижения смертности и увеличения продолжительности жизни.

Не лишним будет напомнить,



UTO B TOFOULION BLING BONGVICTOVOT

что в табачном дыме присутствует более 4 тыс. химических веществ, из которых по меньшей мере 250 известны как вредные, а более 50 – как канцерогены. Никотин – сильнодействующий нейротоксин и кардиотоксин.

По данным ВОЗ, в мире 90% смертей от рака лёгких, 75% от хронического бронхита и 25% от ишемической болезни сердца обусловлены курением. Именно поэтому меры по снижению рас-

осуществления государственной политики противодействия потреблению табака Федеральный закон № 15-ФЗ от 23.02.2013 «О защите здоровья населения от последствий потребления табака» регулирует отношения, возникающие в сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака и направлен на соблюдение статей 41 и 42 Конституции РФ, согласно которым каждый имеет право на

охрану здоровья и благоприятную окружающую среду.

Роспотребнадзор продолжает осуществлять надзор (наблюдение, контроль) за соблюдением Федерального закона «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака».

Иван ДЫМОВ. МИА Cito!

Фото Александра ХУДАСОВА.

Из-за аномально тёплого лета на полуострове Ямал, возможно, оттаяло место захоронения больных животных, полагает заместитель директора по научной работе Института биологических проблем криолитозоны Сибирского отделения РАН Борис Кершенгольц. По мнению учёного, не вызывает сомнения, что процесс глобального изменения климата привёл к серьёзному потеплению, особенно в высокоширотных районах России. Например, для 60-х широт на территории Якутии среднегодовые температуры увеличиваются в последние полвека на 0,06-0,1% в год, особенно зимние температуры. Изменение климата уже сейчас влияет на условия жизнедеятельности не только людей, но и бактериальных и вирусных штаммов, особенно в северной экосистеме.

Существует три пути влияния изменения климата на эпидемическую ситуацию арктических регионов. Расширение ареалов носителей инфекционных возбудителей, например клещей. «Благодаря улучшению условий их зимовки повышение зимних температур приводит к повышению температур снежного покрова. Клещ, который переносит не только энцефалит, но и боррелиоз и другие инфекции, уже проник на юг Якутии и буквально с каждым годом этот ареал продвигается к северо-востоку Якутии», - отметил Б.Кершенгольц.

Второй путь – высокая вероятность возвращения в наши современные экоси-

Санитарная зона

Там, где оттаяла вечная мерзлота

Главная причина вспышки сибирской язвы на Ямале – глобальное потепление

стемы возбудителей особо опасных инфекций XVIII-XIX веков вследствие оттаивания многолетних мёрзлых грунтов в местах захоронений не только людей, но и животных. Третий путь – вероятность выноса на поверхность палеовозбудителей особо опасных инфекций прошлых тысячелетий вследствие оттаивания останков мамонтов.

«Результаты микробиологического исследования двух образцов мамонтов выявили, несмотря на возраст – 20 тыс. лет, живые аэробные грамположительные неспоровые бактериальные культуры. При этом окружающая среда очень изменилась, и как поведут себя эти клетки в современных условиях, никто не знает», – рассказал учёный.

Главной причиной вспышки сибирской язвы на Ямале считают глобальное потепление и в независимой общественной организации Гринпис.

«Одно из последствий изменения климата – учащение подобных вспышек инфекционных заболеваний. В вечной мерзлоте «законсервированы» трупы животных, погибших в эпидемиях десятки и сотни лет назад, старые кладбища. Из-за потепления мерзлота тает, они оказываются на поверх-



В очаге вспышки сибирской язвы сейчас нередко горят предупреждающие костры

ности, образуются споры, и инфекция распространяется снова, — говорит руководитель энергетического отдела этой организации Владимир Чупров. — Возбудители сибирской язвы сохраняют жизнеспособность в почве до 100 лет и более. Причём опасность резко возрастает в жаркую и засушливую потолую

По словам специалиста Гринпис, потепление может

активировать и другие опасные инфекции. «К примеру, в 2014 г. французские исследователи обнаружили вирус, вернувшийся к жизни после 30 тыс. лет в вечной мерзлоте. Кроме того, таяние вечной мерзлоты открывает новые, ранее недоступные участки для добычи полезных ископаемых. Извлечение на поверхность древних слоёв почвы при их разработке также может привести к рас-

пространению инфекций», - отмечает В.Чупров.

Власти региона также считают, что вспышка на Ямале связана с аномальной жарой в июле – почти весь месяц температура воздуха держалась здесь выше 35°C.

В очаге сибирской язвы в Ямало-Ненецком автономном округе погибли более 2 тыс. оленей, у более 20 жителей Ямала подтверждено заражение сибирской язвой,

один ребёнок погиб. Сейчас в больнице под наблюдением врачей продолжают находиться местные жители.

Вместе с тем специалисты полагают, что российские врачи справляются с лечением сибирской язвы на полуострове. Инфекция лечится антибиотиками, они есть в наличии. Правда, есть и риск развития резистентности. Об этом рассказал на прессконференции заместитель директора Центрального НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора академик РАН В.Малеев.

Тем не менее не всегда ясно, какое именно лекарство назначать, так как это редкая инфекция. По словам учёного, был случай неудачного назначения препарата.

Кроме того, от сибирской язвы есть действенная вакцина, но здесь другой вопрос – прививают ли ею животных. Как правило, их прививают во время эпидемии и долгое время после неё, однако государственной программы постоянной вакцинации нет. На Ямале последний раз вспышка сибирской язвы была в 1941 г. Так что вряд ли в последнее время вакцинация была массовой.

Константин ЩЕГЛОВ, обозреватель «МГ».

NHUUUamuba

На базе детской городской поликлиники № 4 успешно работает центр по пропаганде и поддержке грудного вскармливания. Он координирует работу областного перинатального центра, клинического родильного дома, детских поликлиник, женских консультаций, родильных отделений центральных районных больниц региона по вопросам сохранения естественного вскармливания и организации мониторинга по оценке распространённости грудного вскармливания в регионе. Система преемственности между учреждениями родовспоможения и детства позволяет обучать беременных женщин по единой программе – во время занятий будущим матерям рассказывают о сохранении и поддержке грудного вскармливания, что они успешно применяют на практике.

ская работа по выявлению причин раннего перевода детей первого года жизни на смешанный и искусственный виды вскармливания и разрабатываются программы, направленные на повышение эффективности грудного вскармливания. Центром регулярно проводятся обучающие семинары для специалистов областных и городских учреждений родовспоможения. Проходят различные акции, посвящён-

Матерей тоже надо учить материнству

В Астраханской области растут показатели грудного вскармливания

«В нашей поликлинике был оборудован специальный кабинет, в котором созданы условия для обучения и консультирования беременных и кормящих женщин, а также членов их семей. При посещении детской поликлиники мамы могут покормить своего ребёнка в удобных условиях, - рассказала руководитель центра по пропаганде и поддержке грудного вскармливания Нонна Клюева. - Благодаря работе нашего центра ежегодно растут показатели естественного вскармливания в регионе. В 2015 г. по всей области 60% малышей от 6 до 12 месяцев находятся на грудном вскармливании. А когда-то этот показатель не доходил и до 30%».

Специалисты центра кон-



В кабинете для кормящих матерей и беременных

сультируют кормящих матерей по вопросам грудного вскармливания и воспитания здорового ребёнка, организовывают обучающие семинары для медицинских работников учреждений родовспоможения и детства. Также в центре проводится большая исследователь-

ные общению беременных женщин, родильниц и кормящих матерей с медицинскими работниками и другими заинтересованными лицами на самых разных уровнях.

Анна ЛЮБЕЗНОВА, внешт. корр. «МГ».

Астраханская область.

Cumyaция

«Стиральную доску» выпрямили

Медики от души поблагодарили за дорогу

Сотрудники наркологического диспансера в Республике Тыва от своего имени и имени пациентов выразили благодарность правительству и лично главе Республики Тыва Шолбану Кара-оолу за то, что... к лечебному учреждению, расположенному «на выселках», наконецто проложили хорошую дорогу.

В тексте, который размещён на сайте Республиканского наркодиспансера, авторы назвали эту полоску асфальта щедрым подарком. Судя по общему тону письма, назвали вполне серьёзно, без иронии. Можно подумать, что строительство и ремонт дорог не входит в перечень должностных обязанностей главы и правительства региона или что эта дорожная стройка оплачена за счёт личных денег чиновников. Воистину, хотели как лучше, а получилось совсем наоборот...

Между тем, как явствует из этой же информации, одной из самых острых проблем наркологической службы региона до настоящего времени была именно транспортная доступность Реснаркодиспансера. Точнее, недоступность: адми-



По такой дороге проехаться – одно удовольствие

нистрация и стационарное отделение находятся в здании, которое расположено в промышленной зоне Кызыла, и от места, где останавливается общественный транспорт до диспансера ещё нужно пройти пешком около 2 км. «Водители отказывались делать крюк ближе к Реснаркодиспансеру изза того, что приходилось ехать по узкой грунтовой дороге, которая находилась в ужасающем состоянии. Автотранспорт самого диспансера, скорой медицинской помощи, ГИБДД, организаций и населения, проходящего медицинское освидетельствование, а также родственники пациентов. которые там лечатся, также были вынуждены ездить по этой дороге, которая больше напоминала стиральную доску», - написано в тексте,

опубликованном на сайте министерства.

И вот за то, что врачи и больные получили возможность по-человечески добираться к месту работы и лечения, медики и поблагодарили тех, кто обязан был предусмотреть данную проблему ещё до того, как социально значимое медицинское учреждение поселили «там, за горизонтом».

«Будем верить: те, кто попал в страшные объятия «зелёного змия», придут по новой дороге к жизни без алкоголя и наркотиков», - так заканчивается это страстное и странное послание медиков государственным чиновникам. Даже не знаешь, что в данной ситуации правильнее: смеяться или плакать...

Елена БУШ, обозреватель «МГ».

Вопросы СПИДа и ВИЧ в последнее время обсуждаются как на глобальном, так и на общероссийском уровне. Что нового в борьбе с этими заболеваниями появилось в стране в последнее время? Какой интересный опыт есть в регионах?

Об этом мы беседуем с главным врачом Республиканского центра по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями, главным специалистом по проблемам диагностики и лечения ВИЧ-инфекции Минздрава России в Приволжском федеральном округе, заслуженным врачом Республики Башкортостан Рафаэлем ЯППАРОВЫМ.

Рафаэль Галиевич, обрисуйте, пожалуйста, общую картину ситуации по ВИЧинфекции в России и в Башкортостане в частности.

- По состоянию на 1 января 2016 г. зарегистрировано более миллиона ВИЧ-инфицированных россиян, при этом, более 100 тыс. выявлены в 2015 г., что больше на 3,9% по сравнению с 2014 г.

С начала 2016 г. в Республике Башкортостан выявлено ВИЧ-инфицированных – 1799 человек, из них мужчин – 1167 (64,9%), женщин – 632 (35,1%). Показатель заболеваемости по республике составляет 44 на 100 тыс. населения, регистрируется снижение заболеваемости по сравнению с аналогичным периодом 2015 г. почти на 5% (с 46,5 до 44,2 на 100 тыс. населения).

Показатель заболеваемости по столице составляет 48,6 на 100 тыс. населения, регистрируется снижение заболеваемости по сравнению с аналогичным периодом 2015 г. на 4,4% (с 50,8 до 48,6 на 100 тыс. населения). Очевидно, что для дальнейшего снижения темпов прироста инфицированных необходимы новые государственные стратегические подходы к профилактике, лечению к диагностике заболевания.

Основные направления такой работы были рассмотрены, в частности, на заседании Правительственной комиссии по вопросам охраны здоровья граждан в октябре прошлого года, на которой выступили председатель Правительства РФ Дмитрий Медведев и министр здравоохранения Вероника Скворцова.

В ходе заседания были определены первоочередные задачи в данной работе.

Первая – расширение добровольного тестирования на ВИЧ-инфекцию при обращении граждан за медицинской помощью, а также повышение охвата обследованием на ВИЧ-инфекцию населения страны.

Вторая – расширение охвата антиретровирусной терапией пациентов с ВИЧ-инфекцией до уровня не ниже 60% от числа лиц с установленным диагнозом к 2020 г.

И третья задача – широкая активизация профилактических мероприятий, информационных кампаний по предупреждению и профилактике распространения ВИЧ-инфекции для населения, в том числе с участием общественных некоммерческих организаций.

 Каким образом, на ваш взгляд, можно добиться 60%ного охвата антиретровирусной терапией пациентов



организации, работающей с данной категорией пациентов.

Конечно, для достижения неопределяемого уровня вирусной нагрузки очень важна приверженность терапии со стороны пациента, отсутствие перерывов в лечении.

Можно провести аналогию с сахарным диабетом 2-го типа, при котором 30-40% пациентов для контроля гликемии необходима постоянная инсулинотерапия, в противном случае неизбежны осложнения. Вот и здесь примерно такая ситуация: если человек прерывает или нерегулярно принимает антиретро-

руку на сердце, признаёмся, что мы с вами на 100% уверены, что нас или наших близких эта проблема не касается. Но реальность сегодняшнего дня такова, что все мы с вами в группе риска заражения ВИЧ.

На чём, с вашей точки зрения, следует сосредоточиться в профилактической работе?

- Считаю, что определяющим фактором успеха в первичной профилактике является правильная организация информационной деятельности. Люди должны получать грамотную и профессиональную информацию об опасности ВИЧ-инфекции и

тели, руководители собственных компаний.

Ещё одно из интересных начинаний – интеллектуальный квест для старшеклассников в формате онлайн с использованием современных средств коммуникаций. В прошлом году в нём приняли участие 2 тыс. уфимских школьников; в этом году – уже порядка 4 тыс. человек по всей республике.

Нашу работу активно поддерживает Министерство молодёжной политики и спорта и Министерство образования республики. У нас создана межведомственная комиссия по

Точка зрения

Оружие против ВИЧ

Оно есть, надо уметь им пользоваться

с ВИЧ? Сейчас мы на каком уровне?

- В среднем по стране этот показатель составляет примерно 40%, но, конечно, в разных регионах ситуация своя. Как на это можно повлиять? На заседании правительственной комиссии шла речь, в частности, о снижении стоимости курсового лечения за счёт локализации производства антиретровирусных препаратов на территории Российской Федерации, разработки собственных инновационных препаратов. Это должно привести к снижению стоимости, что, соответственно, даст возможность обеспечить лечением гораздо большее число паци-

Важным решением станет и централизация закупок, к которой, я уверен, мы всё равно придём.

- Вопрос о стоимости непростой: иногда для удешевления процесса мы часто пытаемся оригинальный препарат заменить дженериком. Всегда ли это оправдано?

– Конечно важно, чтобы дженерические препараты, которые у нас производятся, соответствовали всем международным стандартам. И здесь неизбежно встаёт вопрос о критериях качества терапии. Я считаю, назрела необходимость более широкого использования мониторинга нежелательных проявлений вследствие приёма препаратов.

Как его можно осуществить?

- Снова возвращаюсь к заседанию правительственной комиссии: был поставлен вопрос о формировании единого федерального персонифицированного регистра состоящих на учёте пациентов с ВИЧ-инфекцией, а также тех, кто получает антиретровирусную терапию. В первую очередь интересно исследовать динамику результатов той группы пациентов, которые находятся на терапии больше 1-1,5 года.

Качество лечения должно оцениваться по уровню вирусной нагрузки у больного. Если у пациента с ВИЧ-инфекцией неопределяемый уровень вирусной нагрузки, это позитивно влияет на качество его жизни и снижает риски передачи ВИЧ-инфекции. Неопределяемый уровень вирусной нагрузки – свидетельство успешной работы медицинской вирусную терапию, развивается резистентность к ВИЧ-инфекции, осложнения, а это значит, что используемый препарат становится неэффективным, его неизбежно нужно менять, нередко переводя пациента на более дорогостоящие схемы лечения.

Использование дорогостоящих схем может быть необходимо и при позднем начале лечения, когда в крови пациента уже присутствует значительное количество вируса, поэтому необходимо пересматривать клинические рекомендации, протоколы лечения, чтобы охватить большее число ВИЧ-инфицированных лиц лечением на ранних стадиях заболевания в первую очередь.

Уровень охвата лечением можно увеличить, в том числе, и за счёт массового тестирования на ВИЧ-инфекцию. Закономерность достаточно проста: больше тестируем – больше выявляем ВИЧ-инфицированных, в том числе на более ранних стадиях. Назначаем терапию, добиваемся снижения вирусной нагрузки, предупреждаем развитие осложнений и одновременно занимаемся профилактикой передачи ВИЧ.

- То есть лечение является одним из средств профилактики. А в чём в целом заключается профилактика ВИЧ-инфекции?

- Профилактика - одно из самых важных направлений, и ей уделяется в стране серьёзное внимание. Благодаря тому, что в течение последних 3 лет регионы получали финансирование из федерального бюджета на проведение профилактических мероприятий (и очень хотелось бы, чтобы это продолжалось), по всей России проходили мероприятия, акции, целью которых было информирование населения о проблеме ВИЧ и СПИДа и способах её предотвращения. Ведь, как известно, предупреждён - значит вооружён. Мы снова начали говорить о ВИЧ-инфекции во весь голос, как это было в конце 90-х – начале 2000-х, когда все осознали, что пришла «чума XX века». Затем разговоры затихли, настороженность снизилась, но ведь заболевание никуда не ушло, более того, продолжило распространяться!

Самое главное, чтобы люди не привыкли к этой тишине. Положа

доступных и простых методах сохранения здоровья.

Опыт показывает, что в работе следует ориентироваться на молодёжь. Так, например, в Республике Башкортостан с 2010 г. заболеваемость ВИЧинфекцией среди лиц от 20 до 30 лет снизилась в 2 раза. Но в то же время увеличилась заболеваемость 30-40-летних. Это значит, что с этой группой пациентов в своё время не была проведена необходимая профилактическая работа. 50% вновь выявленных случаев заболевания ВИЧ-инфекцией в 2015 г. – это опять-таки население 30-40 лет.

Из года в год увеличивается число лиц, заразившихся половым путём. Но по стране по-прежнему более половины заболевших инфицируются парентеральным путём, и это, как правило, напрямую связано с употреблением наркотиков.

А если считать в целом, то 94% ВИЧ-инфицированных лиц являются представителями трудоспособной части населения. Поэтому у заболевания, помимо социальной и медицинской составляющей, есть ещё и социально-экономический аспект.

Снова считаю необходимым сказать, что в целях профилактической работы необходимо более активное и широкое использование ресурса общественных организаций, объединение усилий медицинских работников, педагогов, просто неравнодушных людей. Важно также предоставлять возможность каждому заинтересованному участнику активно привлекаться к проведению мероприятия, применять нестандартные подходы к активностям по профилактике ВИЧ-инфекции.

В этой работе самое главное – получить обратную связь от целевых аудиторий, а не просто взять и повесить информационные баннеры, прочитать лекцию, провести «круглый стол». Информационные акции, которые мы организуем в городах республики, проходят в формате стенд-апа, ток-шоу, но обязательно с активным вовлечением всех участников. В рамках акций большой отклик получают экспресс-тестирование на ВИЧ и концерты рок-музыкантов. К слову, в этом году нас поддерживает рок-группа, в составе которой молодые предпринимапроблемам распространения ВИЧ-инфекции; при Министерстве здравоохранения функционирует комитет по профилактике ВИЧ-инфекции, который координирует деятельность медицинских организаций в данном направлении.

Понятно, что наряду с нашим желанием и постоянным совершенствованием работы необходимо и определённое финансирование.

Какие перспективы открываются в этом направлении?

- На заседании правительственной комиссии было подчёркнуто, что следует особое внимание уделить материальнотехническому оснащению центров по профилактике и борьбе со СПИДом и их кадровому обеспечению.

В частности, надеюсь, что до конца этого года наш Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИДом получит новые помещения, которые будут соответствовать порядку и стандартам оказания медицинской помощи пациентам с ВИЧ-инфекцией. Сейчас идёт дальнейшее оснащение лабораторий современным высокотехнологичным оборудованием.

На базе Башкирского государственного медицинского университета организовано дополнительное обучение врачей, прежде всего участковой сети, по вопросам профилактики и лечения ВИЧ.

В 2014 г. в рамках Программы ООН по ВИЧ/СПИДУ (ЮНЭЙДС) во всём мире определены цели, которые необходимо достичь к 2020 г. Это так называемая программа «90-90-90». Иными словами, необходимо добиться выявления заболевания у 90% ВИЧ-инфицированных, охватить антиретровирусной терапией 90% пациентов, у которых диагностирована ВИЧ-инфекция, и достичь падения вирусной нагрузки (РНК - ВИЧ) ниже доступного определению уровня у 90% получающих терапию пациентов.

При подобной государственной поддержке и с помощью общественности мы сможем остановить распространение ВИЧ-инфекции.

Это то, к чему мы стремимся, и надеюсь, придём.

Беседу вела Алёна ЖУКОВА, корр. «МГ».

Москва

Одним из главных событий в области офтальмологии в очередной раз стала 8-я международная конференция в Чикаго (США). На ней прозвучало много докладов учёных из разных стран. С одним из них выступил врач из России - руководитель Центра патологии речи и нейрореабилитации нейросенсорных и двигательных нарушений Минздрава Республики Марий Эл профессор Виктор Севастьянов. Тема его сообщения: экспериментальное исследование передачи информации по зрительному нерву.

Против течения

Эта проблема интересует профессора Виктора Севастьянова с 1975 г. В то время неоспоримым считалось утверждение, что атрофия зрительного нерва абсолютно неизлечима. Пациенту оставалось одно – смириться со своим состоянием и приспосабливаться к жизни глубокого инвалида.

Тогда Виктор Викторович работал заведующим неврологическим отделением Республиканской детской больницы в Йошкар-Оле. Однажды он стал лечащим врачом маленького пациента с атрофией зрительного нерва, и ему очень захотелось помочь мальчику, который практически ничего не видел. Применил несколько собственных методик медикаментозного и физиотерапевтического лечения с использованием лазера, электростимуляции. Эффект от них превзошёл все ожидания.

Но полученные результаты не находили одобрения у именитых коллег. Доказывать академикам РАМН, для которых утверждение «нервные клетки не способны к регенерации» являлось аксиомой, было делом бесперспективным. В интервью с президентом Российского научного общества патофизиологов, научным руководителем Института общей патологии и патофизиологии, академиком Асланом Кубатиевым (см. «МГ» № 55 от 27.07.2016) рассказывается, как это было, почему статьи, которые посылались на конференции в советское время, с противоположными утверждениями не принимались к печати. Но профессор Виктор Севастьянов был и в те времена с этим не согласен. На протяжении уже более 40 лет он изучает механизмы восстановления клеток головного мозга, слуховой коры и волокон преддверно-улиткового нерва.

Подтверждение своих взглядов он нашёл и в статьях академика

Наши коллеги

И зрение возвращается!

Лечение атрофии зрительного нерва обычно считают неэффективным и назначают пожизненную инвалидность. Однако...



Виктор Севастьянов выступает на конференции в Чикаго

РАН Михаила Пальцева, который раскрывал механизмы взаимодействия клеток. Виктором Севастьяновым в 2011 г. был получен патент США на способ лечения сенсоневральной тугоухости.

Он продолжил работу по этому направлению на базе Поволжского государственного технологического университета. Здесь отдельные клетки зрительного нерва исследовались с использованием атомно-силовой микроскопии. При этом разработанные Севастьяновым методы лечения позволили получить положительный эффект у 85% пациентов.

Признание

К нему стали приезжать родители с детьми, от лечения которых отказывались другие клиники в разных городах нашей страны. С того первого пациента через его руки прошло порядка 13,5 тыс. больных с этим заболеванием. Сегодня лечение их ведётся в Центре патологии речи и нейрореабилитации нейросенсорных

и двигательных нарушений, который был им создан.

- Свои особенности имеют регенерации нервных клеток головного мозга, - поясняет Виктор Севастьянов. - Мы отмечали этот процесс у небольшого количества пациентов, изучая результаты, проводя МРТ головного мозга до лечения и после нескольких сеансов. В разработке методов лечения используем и иммунологические исследования, их нам проводит профессор Виктория Сускова из Москвы. Она корректирует лечение после нарушения гематоэнцефалического барьера.

К каждому свой подход

Как и для многих представителей нашей отечественной медицинской школы, утверждение, что история болезни каждого больного имеет огромное значение при выборе тактики лечения, для Виктора Севастьянова не пустой звук. Каждому обратившемуся алгоритм диагностики и

лечения подбирается с учётом многих факторов. Но начинается оно после выполнения МРТ и других исследований, позволяющих понять, не повреждён ли зрительный нерв и не вызваны ли проблемы со зрением какими-то другими причинами. Каждому такому больному Виктор Викторович уделяет максимум внимания, чтобы сложная, кропотливая работа по восстановлению зрения приносила результат. Профессор старается сделать так, чтобы сам больной и его близкие поверили, что избавится от недуга можно, надо бороться за выздоровле-

Одна из невыдуманных историй. Комбайнёр из Кировской области перестал чётко видеть предметы после отравления суррогатным алкоголем. Офтальмологи поставили ему окончательный диагноз «атрофия зрительного нерва». Он же не понимал, что современная медицина вынесла вердикт: больше сделать ничего нельзя. Отказывался принимать эту горькую истину...

После 3 курсов лечения в центре Севастьянова он смог прочесть текст книги без посторонней помощи. Хотя ещё несколько месяцев назад подобное казалось невозможным. Зрение восстановилось на 20%, и он смог вернуться к работе механизатором.

Почему бы и нет!

Виктора Викторовича давно интересует вопрос передачи информации по зрительному нерву. Он сравнивает этот механизм с оптическим кабелем, а не с электрическим коаксиальным. По его мнению, увиденное передаётся в мозг не с помощью электрических импульсов, а оптическим путём. О том, что это так, свидетельствует и популярное в течение несколько веков наролное поверье: в глазах убитого может быть зафиксирован образ убийцы или последние мгновения перед смертью. Кстати, в последние годы работы по поиску таких феноменов оптометрии ведутся в лабораториях медиков-криминалистов ФРГ.

Понимать механизм передачи информации по зрительному нерву важно, чтобы эффективно лечить больных. Свою теорию йошкаролинский врач решил доказать на трупах. Севастьянов обнаружил, что свечение глазного яблока и зрительного нерва при подсветке лазером продолжается до хиазмы. Правда, первая и вторая попытка оказались неудачными. Трупы доставили в морг через 6 и 4 часа. Поэтому никакого свечения глазного яблока и зрительного нерва под воздействием лазера уже не происходило. В прошлом году его пригласили в морг к человеку, смерть которого наступила 40 минут назад. И свечение было! Таким образом, делает вывод профессор, это доказывает оптический способ передачи информации по зрительному нерву. Об этом он и сделал свой доклад

Расширяя кругозор

- Меня заинтересовали многие доклады на конференции в Чикаго, - рассказывает Виктор Севастьянов. - Особенно доклад профессора Бундхити Тантивонгкоси из Научного центра здоровья при Техасском университете (США), представившего усовершенствованную визуализацию зрительного пути при МРТ.

Доктору из Йошкар-Олы было о чём поговорить с коллегами и в перерывах между заседаниями. В гостинице тоже скучать не приходилось, как раз шла полемика между кандидатами в президенты США Дональдом Трампом и Хиллари Клинтон. Во время этих дискуссий многие американцы, между прочим, высказывали свои симпатии России.

А самое главное – такие деловые встречи помогают расширить кругозор, оценить свою работу с позиций медицины развитых стран мира.

Алексей ПАПЫРИН, корр. «МГ».

Москва.

Начало

В Ульяновской области в рамках государственно-частного партнёрства открылась первая детская поликлиника. На открытии присутствовал исполняющий обязанности губернатора Сергей Морозов, который осмотрел новое учреждение здравоохранения, расположенное в микрорайоне «Искра», и дал ему высокую оценку.

Эта поликлиника открыта совместно с одной известной компанией в рамках проекта «Доктор рядом». Она будет бесплатно оказывать первичную медикосанитарную помощь 6 тыс. детей. Площадь учреждения составляет почти 300 м². В его создание инвестор вложил 15 млн руб.

«Открытие нового учреждения призвано разделить потоки пациентов, проживающих в микрорайоне «Искра». Так, взрослое население будет по-прежнему

Детям и родителям будет удобно

Эта поликлиника - не совсем обычная

обслуживаться в офисе врача общей практики в доме 5 на улице Жиркевича. А для детей теперь открыта отдельная поликлиника на бульваре Архитекторов. Приём будут вести 5 педиатров и узкие специалисты по графику. Это позволит полностью удовлетворить потребности местного населения», – пояснил заместитель председателя правительства – министр здравоохранения Ульяновской области Павел Дегтярь.

В поликлинике, кроме педиатрической помощи, можно будет получить услуги по таким профилям, как кардиология, неврология, офтальмология, травматология-ортопедия, хирургия,

оториноларингология. Также будут доступны забор анализов и физиотерапевтические процедуры.

цедуры. «Реализация программы «Доктор рядом» идёт хорошо, проект достаточно эффективный. Миниклиники обеспечены специалистами, жители получают широкий комплекс медицинских услуг в новых микрорайонах, которые быстро разрастаются и нуждаются в качественной и доступной медицинской помощи», – отметил заместитель председателя Законодательного собрания Ульяновской области Игорь Тихонов.

«Теперь мои дети будут получать помощь в шаговой доступ-

ности. Раньше мы обслуживались в офисе врача общей практики намного дальше. Хочу отметить, что медицинская помощь оказывается в мини-клиниках бесплатно, мы не сидим в очередях, доктора нас внимательно осматривают. Яркое оформление – детям нравится. Хочется выразить благодарность за то, что всё-таки детская поликлиника теперь отделена от взрослой», – отметила жительница микрорайона «Искра», мама двоих детей Ирина Сафарова.

Напомним, проект «Доктор рядом» реализуется правительством Ульяновской области с 2014 г. В регионе в настоящее время работает сеть мини-кли-

ник, максимально приближенных к месту жительства ульяновцев. Эти учреждения оказывают наиболее востребованную первичную помощь в рамках обязательного медицинского страхования, разгружая государственные поликлиники.

Речь идёт о 7 объектах первичной медико-санитарной помощи, в том числе 3 – в удалённых сёлах. Совокупный объём привлечённых проектом инвестиций на строительно-монтажные работы и оснащение составил более 60 млн руб.

Виктория ГУРСКАЯ, внешт. корр. «МГ».

Ульяновск.





Системные васкулиты (СВ) - гетерогенная группа заболеваний, основным морфологическим признаком которых является воспаление сосудистой стенки. а клинические проявления зависят от типа, калибра, локализации поражённых сосудов и активности системного воспаления.

В основе современной классификации СВ лежит калибо поражённых сосулов и учитываются основные патогенетические механизмы их повреждения (см. табл. 1).

В таблице 2 приведены определения наиболее распространённых форм СВ.

Эпидемиология

СВ относят к числу относительно редких болезней: заболеваемость составляет около 4,2 на 100 тыс. населения в год, однако в последнее время в мире отмечена тенден-

риноскопии, ларингоскопии, КТ придаточных пазух и лёгких, поскольку даже выраженные ВЫПУСК № 57 (1996) изменения в придаточных пазухах при КТ и тяжёлое поражение лёгких с образованием множественных инфильтратов с деструкцией выборе тактики лечения больных СВ рекомогут протекать бессимптомно или сопромендуется разделять по степени тяжести заболевания, а также выделять рефраквождаться скудной клинической симптоматерный вариант течения СВ, при котором тикой. Рентгенография грудной клетки обладает меньшей информативностью, чем KT. отсутствует обратное развитие клинических

Особенности клинического течения ГПА

ГПА свойственна триада поражения органов с вовлечением верхних дыхательных путей (ВДП), лёгких и почек.

У подавляющего большинства больных (более 90%) развивается некротизирующее гранулёматозное воспаление ВДП: язвенно-некротический ринит, синусит, поражение органа слуха, вовлечение трахеи и гортани с формированием подскладочной гранулёмы. Патология ВДП может осложняться перфорацией носовой перегородки с

Диагностика и лечение системных васкулитов

СВ принадлежит детальному обследованию

пациента с выявлением патогномоничных

симптомов (см. табл. 5). Требуется целенаправленный поиск поражения респиратор-

ного тракта с обязательным проведением

Национальные клинические рекомендации Минздрава России

Таблица 1

Современная классификация СВ (Chapel Hill Consensus Conference, 2012 г.)

Васкулит с поражением сосудов крупного калибра артериит Такаясу (неспецифический аортоартериит) гигантоклеточный артериит (болезнь Хортона) и ревматическая полимиалгия

Васкулит с поражением сосудов среднего калибра

узелковый полиартериит болезнь Кавасаки

Васкулиты с поражением сосудов мелкого калибра

Васкулиты ассоциированные с антинейтрофильными цитоплазматическими антителами

микроскопический полиангиит

гранулёматоз с полиангиитом (Вегенера)

эозинофильный гранулёматоз с полиангиитом (Черджа - Строс)

Иммунокомплексные васкулиты:

заболевания, ассоциированные с антителами к БМК (синдром Гудпасчера)

криоглобулинемический васкулит

lgA – ассоциированный васкулит (геморрагический васкулит, пурпура Шенлейна – Геноха) гипокомплементемический уртикарный васкулит (анти-С1q – васкулит)

Вариабельный васкулит

болезнь Бехчета синдром Когана

Васкулит с поражением сосудов единственного органа

кожный лейкоцитокластический ангиит

кожный артериит

первичный васкулит центральной нервной системы

изолированный аортит другие

Васкулит, ассоциированный с системными заболеваниями

васкулит при СКВ

ревматоидный васкулит

саркоидный васкулит

Васкулит, ассоциированный с определёнными этиологическими факторами

криоглобулинемический васкулит, ассоциированный с вирусом гепатита С

васкулит, ассоциированный с вирусом гепатита В аортит, ассоциированный с сифилисом

лекарственный иммунокомплексный васкулит

лекарственный АНЦА-ассоциированный васкулит

паранеопластический васкулит

другие

ция к увеличению их распространённости. В Российской Федерации распространённость СВ не установлена.

В таблице 3 приведены данные об эпидемиологии отдельных нозологических форм. Чаще всего встречается геморрагический васкулит, преобладающий у детей. Лица пожилого возраста чаще заболевают гигантоклеточным васкулитом.

Профилактика

Этиология большинства СВ неизвестна. Большое значение в возникновении УП придают НВV-инфекции: 30-70% больных УП инфицированы HBV с наличием в сыворотке крови маркёров репликации вируса.

Профилактика СВ не проводится.

Скрининг

Не проводится.

Диагностика

(Уровень доказательности С): диагноз СВ должен быть обоснован наличием клинических проявлений и данными лабораторных исследований.

(Уровень доказательности С): положительные данные биопсии играют большую роль в подтверждении васкулита.

(Уровень доказательности В): при

увеличение клинической активности, несмотря на проводимую в течение 6 недель стандартную патогенетическую терапию. В зависимости от клинической активности

проявлений заболевания или отмечается

СВ выделяют различные фазы заболевания которые приведены в таблице 4. Принципы диагностики АНЦА-ассоции-

рованных системных васкулитов

Решающее значение в диагностике АНЦА

Определения основных нозологических форм системных васкулитов					
Наименование	Определение				
Геморрагический васкулит (пурпура Шенлейна – Геноха)	Васкулит с иммунными депозитами IgA, поражающий мелкие сосуды (капилляры, венулы, артериолы). Типичны поражение кожи, кишечника и почек в сочетании с артралгиями или артритом				
Криоглобулинемический ва- скулит	Васкулит с криоглобулинемическими иммунными депозитами, поражающий мелкие сосуды (капилляры, венулы, артериолы) и сочетающийся с сывороточной криоглобулинемией. Часто поражаются кожа и клубочки почек				
Кожный лейкоцитокластиче- ский васкулит	Изолированный кожный лейкоцитокластический ангиит без системного васкулита или гломерулонефрита				
Микроскопический полиан- гиит	Некротизирующий васкулит преимущественно мелких сосудов (капилляры, венулы, артериолы) с отсутствием иммунных депозитов. Могут так же поражаться артерии мелкого и среднего калибра. Типично развитие некротизирующего гломерулонефрита, часто присоединяется геморрагический альвеолит				
Гранулёматоз с полиангиитом (Вегенера)	Некротизирующее гранулёматозное воспаление с вовлечением дыхательных путей и некротизирующий васкулит сосудов мелкого и среднего калибра (капилляры, венулы, артериолы, артерии). Часто развивается некротизирующий гломерулонефрит				
Эозинофильный гранулёма- тоз с полиангиитом (Черджа – Строс)	Эозинофильное, гранулёматозное воспаление с вовлечением респираторного тракта и некротизирующий васкулит сосудов мелкого и среднего калибра. Сочетается с бронхиальной астмой и эозинофилией				
Узелковый полиартериит	Очаговое некротизирующее воспаление артерий пре- имущественно среднего калибра любой локализации с образованием аневризм, тромбозом, разрывом аневризм с кровотечением, инфарктом поражённых органов и тканей. Не сопровождается гломерулонефритом или поражением артериол, капилляров и венул				
Болезнь Кавасаки	Воспаление, поражающее крупные, средние и мелкие артерии, сочетающееся с кожно-слизистым лимфатическим синдромом. В процесс могут вовлекаться артерии и вены. Часто поражаются коронарные артерии. Обычно встречается у детей				
Гигантоклеточный артериит (болезнь Хортона) и ревматическая полимиалгия	Гигантоклеточный артериит – гранулёматозный артериит основных ветвей аорты, преимущественно экстракраниальных ветвей сонной артерии с частым поражением височной артерии. Обычно начинается у больных старше 50 лет и часто сочетается с ревматической полимиалгией. Ревматическая полимиалгия – клинический синдром, развивающийся у лиц пожилого и старческого возраста, характеризуется болями и скованностью в области плечевого и тазового пояса, резким увеличением СОЭ				
Артериит Такаясу	Прогрессирующее гранулёматозное воспаление аорты и её основных ветвей. Наиболее предрасположены заболеванию молодые женщины				

Таблица 3

Эпидемиология системных васкулитов

Заболевание	Распространённость (на 1 млн населения)	Средний возраст нача- ла заболевания, годы	Доля мужчин среди заболевших, %	Преобладающая географическая распространённость	
Узелковый полиартериит	4,6 (2-18)	48 ± 1,7	60	Нет	
Эозинофильный гранулёматоз с полиангиитом (Черджа – Строс)	2,4 (1-3)	50 ± 3,0	52 – 65	Нет	
Гранулёматоз с полиангии- том (Вегенера)	8,5 (5-10)	45 ± 1,2	64	Северная Европа	
Геморрагический васкулит	140 (130 – 200)	от 4,5 до 17 (более 70% – моложе 20 лет)	46	Нет	
Артериит Такаясу	2,6 (0,2 - 2,6)	26 ± 1,2	15	Азия	
Гигантоклеточный артериит	178 (150-200 среди лиц старше 50 лет)	69 ± 0,5	20	Северная Европа	

Таблица 4

Фазы клинического течения СВ

Клиническая фаза	Бирмингемский индекс активности	Характеристика
Полная ремиссия	0-1 балл	Отсутствие признаков клинической активности и необходимости в терапии при нормальном уровне C-реактивного белка
Частичная ремиссия	50% от исходного	Уменьшение в результате проводимого лечения индекса клинической активности на 50% от исходного
Лёгкое обострение	< 5 баллов	Появление клинических признаков заболевания с увеличением общей суммы баллов до 5
Тяжёлое обострение > 6 баллов		Вовлечение в воспалительный процесс жизненно важных органов или систем (лёгких, почек, ЦНС, сердечно-сосудистой системы), что требует проведения активного патогенетического лечения

формированием седловидной деформации носа, развитием тяжёлого деструктивного пансинусита с распространением гранулёматозной ткани в орбиту, потерей слуха, стенозом гортани.

Поражение лёгких (50-70%) характеризуется некротизирующим гранулёматозным воспалением, которое при рентгенографическом исследовании определяется в виде узлов или инфильтратов, склонных к распаду и формированию полостей. В каждом пятом случае поражение лёгких протекает бессимптомно, с отсутствием жалоб на кашель и скудной аускультативной картиной даже при тяжёлом поражении.

Поражение почек отмечается у 80% пациентов.

Для поражения органа зрения (50%) свойственно формирование псевдотумора орбиты вследствие образования периорбитальной гранулёмы, что у каждого пятого больного приводит к слепоте.

Поражение кожи (25-35%) в первую очередь характеризуется геморрагическими или

язвенно-геморрагическими высыпаниями преимущественно на коже конечностей.

Для поражения периферической нервной системы свойственно развитие асимметричного сенсорно-моторного множественного мононеврита (20-30%), значительно реже наблюдается дистальная симметричная полинейропатия. У каждого четвёртого больного ГПА с поражением органа слуха развивается вторичный (одонтогенный) неврит V, VII пары черепно-мозговых нервов.

Поражение сердца при ГПА не превышает 20%. Как и у всех больных АНЦА-СВ, при ГПА возрастает риск сердечно-сосудистых заболеваний (ИБС, инсульта, периферической артериальной окклюзии), при этом отмечено повышение риска ОИМ, но не стенокардии.

Поражение желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) встречается редко (5%).

Среди больных ГПА риск развития обострения выше (65%), чем при МПА или ЭГПА (35%), при этом рецидивы сохраняются и на высоких кумулятивных дозах ЦФ.

(Продолжение следует.)

Таблица 5 Классификационные критерии АНЦА-СВ

Нозологическая форма	Критерии	Характеристика		
Гранулёматоз с полиангиитом	1. Воспаление носа и полости рта	Язвы в полости рта; гнойные или кровянистые выделения из носа		
(Вегенера)	2. Изменения в лёгких при рентгенологическом исследовании	Узелки, инфильтраты или полости в лёгких		
	3. Изменения мочи	Гематурия (> 5 эритроцитов в поле зрения) или эритроцитарные цилиндры в осадке мочи		
	4. Данные биопсии Гранулёматозное воспал стенке артерии или в г скулярном и экстраваску пространстве			
	Наличие 2 и более критериев позволяет поставить диагноз с чувствительностью 88% и специфичностью 92%			
Эозинофильный гранулёматоз	1. Бронхиальная астма	Затруднение дыхания или диффузные хрипы при вдохе		
с полиангиитом (Черджа – Строс)	2. Эозинофилия	Эозинофилия > 10% от общего количества лейкоцитов		
	3. Моно- или полинейропатия	Мононейропатия, множественная мононейропатия или полинейропатия или полинейропатия по типу перчаток или чулок		
	4. Рентгенологические признаки лёгочных инфильтратов	Мигрирующие или преходящие лёгочные инфильтраты, выявляемые при рентгенологическом исследовании		
	5. Патология гайморовых пазух	Боль или рентгенологические из- менения		
	6. Экстраваскулярная эозинофилия по данным биопсии	Скопление эозинофилов во внесосудистом пространстве		
	Наличие 4 и более критериев позволяет поставить диагноз с чувствительностью 85% и специфичностью 99%			
Микроскопический полиангиит	Классификационные критерии не разработаны			

(Окончание. Начало в № 60 от 12.08.2016.)

Тактика оказания неотложной помощи определяется характером инсульта (ишемический или геморрагический), однако на догоспитальном этапе, когда дифференциальная диагностика затруднена, особую роль приобретает базисная терапия, проводимая независимо от типа патологического процесса. Лечение на догоспитальном этапе преследует ряд задач:

Нормализация жизненно важных функций – дыхания и кровообращения. При угнетении сознания до сопора и комы следует проводить санацию верхних дыхательных путей, при необходимости – интубация или введение воздуховода, ингаляция кислорода.

Нейропротекция – глицин в дозе 1 г (10 таблеток) под язык или за щеку (уровень С). Купирование рвоты: метоклопрамид внутримышечно в дозе 10 мг.

Купирование судорожного синдрома - диазепам внутривенно в дозе 10 мг.

ГК с острым коронарным синдромом. Острый коронарный синдром — характерный болевой синдром, сочетающийся с изменениями ЭКГ. Гипотензивная терапия в данной ситуации имеет вспомогательное значение. В первую очередь необходимы мероприятия, направленные на улучшение и восстановление коронарного кровотока (гепарин, тромболитическая терапия, ангиопластика, хирургические вмешательства), а также купирование болевого синдрома (наркотические анальгетики). Кроме того, резкое снижение АД опасно усугублением ишемии в миокарде.

Препарат выбора для гипертонического криза в сочетании с ОКС является нитроглицерин, вводимый внутривенно. Нитроглицерин управляемо понижает АД, уменьшает преднагрузку и улучшает кровоснабжение сердечной мышцы. Другие препараты: бетаблокаторы, эналаприлат.

ГК с расслоением аорты. Расслаивающая аневризма аорты — боль, картина шока, аортальная недостаточность, тампонада перикарда, ишемия кишечника, мозга, конечностей и др. При расслоении аорты дистальнее левой подключичной артерии (тип III, или тип Б) больного можно вести консервативно. Проксимальное расслаивание (тип I, II, или тип А) с вовлечение дуги аорты требует экстренного хирургического лечения.

Гипотензивная терапия нужна в обоих случаях с целью улучшения общего состояния, предотвращения дальнейшего расслаивания и разрыва аорты. Необходимо достаточно быстрое снижение АД вплоть до САД 110-100 мм рт.ст. или максимально низкого переносимого. Метод выбора - внутривенное введение бета-адреноблокаторов, которое при необходимости можно сочетать с инфузией нитроглицерина или нитропруссида натрия.

Гипертонические кризы

Следует помнить, что артериальная гипотония при расслаивающей аневризме аорты может быть желаемым результатом лечения или свидетельствовать о разрыве аорты (во внутрибрюшное, внутриплевральное пространство или полость перикарда с развитием тампонады сердца). Нужно знать и про возможные диагностические ошибки: например, при проксимальном расслаивании аорты может развиться окклюзия плечевых артерий, которая будет препятствовать измерению АД на одной или обеих руках.

ГК при прекращении приёма клонидина. Бета-адреноблокаторы противопоказаны. Применяют клонидин (под язык или перорально 0,075-0,15 мг).

Эклампсия. Выделяют преэклампсию и эклампсию. Преэклампсия включает в себя АГ, отёки и протеинурию. При эклампсии к перечисленному добавляются судороги. При подозрении на преэклампсию или эклампсию нужна немедленная госпитализация в отделение патологии беременности. Основная помощь заключается в родоразрешении, так как эклампсия представляет угрозу и для матери, и для плода.

Препарат первой линии — метилдопа. Для профилактики судорожных припадков на стадии преэклампсии, а также для снижения АД, снятия отёка мозга, купирования судорог при эклампсии используется магния сульфат. Лекарства второй линии — гидралазин, диазоксид, лабетолол.

Послеоперационная гипертензия

Аортокоронарное шунтирование, резекция аневризмы, ренальная реваскуляризация и операции на сонных артериях иногда сопровождаются тяжёлой артериальной гипертензией непосредственно после операции. Так, повышение АД после аортокоронарного шунтирования наблюдается в 33-60% случаев. Высокий уровень АД может быть опасным для целости сосудистых швов в послеоперационном периоде. Обеспечить больному защиту возможно при помощи нитроглицерина или нитропруссида натрия, вводимых внутривенно.

Гипертонический криз с выбросом катехоламинов:

феохромоцитома (клиническая триада: пароксизмальная головная боль, приступы сердцебиения. повышенная потливость):

взаимодействия тирамина, содержащегося в пище (сыр, бананы) или лекарствах (трициклические антидепрессанты), с ингибиторами моноаминоксидазы; синдром отмены клонидина, метилдопы, бета-адреноблокаторов;

намеренная или случайная инъекция или проглатывание симпатомиметиков, включая кокаин.

из хромаффинных клеток и секретирующая катехоламины (адреналин, норадреналин, дофамин).

Главным симптомом феохромоцитомы

Феохромоцитома – опухоль, исходящая

служит повышение АД (пароксизмальное или постоянное).

К дополнительным симптомам относятся: ортостатическая гипотония; потливость:

постоянные головные боли; ощущение внутренней дрожи, беспокой-

ство; общая слабость, снижение трудоспособ-

НОСТИ.

Осложнения феохромоцитомы включают: сердечную недостаточность; аритмии, тахикардию, АГ в рамках шока

аритмий, тахикардию, Аг в рамках шока или остановку кровообращения во время введения в общую анестезию;

катехоламиновый шок;

нарушение мозгового кровообращения; почечную недостаточность в рамках шока; гипертоническую энцефалопатию;

ишемический колит; расслаивающую аневризму аорты;

у беременных: лихорадку, эклампсию, шок, смерть матери или плода.

Криз при феохромоцитоме проявляется внезапным и очень быстрым и резким повышением АД, преимущественно систолического, и увеличением пульсового давления (в течение нескольких секунд может достигаться САД до 280-300 мм рт.ст. и ДАД 180-200 мм рт.ст.), сопровождается бледностью кожи, холодным потом, сердцебиением, болями в сердце и надчревной области, тошнотой, рвотой, пульсирующей головной болью, головокружением. Во время криза возможны повышение температуры тела, расстройства зрения, слуха. Характерно снижение АД после перехода в вертикальное положение. Окончание криза характеризуется быстрым снижение АД иногда до низких цифр и развитием коллаптоидных реакций.

В большинстве случаев подобный гипертонический криз купируют, используя перорально празозин. Если необходимо назначение парентеральных препаратов, то назначается фентоламин. При отсутствии празозина и фентоламина допустимо применение аминазина. Бета-блокаторы можно использовать только после введения альфаадреноблокаторов!

ГК при остром гломерулонефрите

ГК при этом состоянии обусловлен значительно увеличенным внутрисосудистым объёмом жидкости с, как правило, повышенным сердечным выбросом. Для снижения АД предпочтение отдают препаратам без почечного пути элиминации – альфадреноблокаторам короткого действия (фентоламин) или дигидропиридиновым антагонистам кальция. С целью уменьшения объёма внутрисосудистой жидкости назначают большие дозы диуретиков.

Часто встречающиеся ошибки терапии

До настоящего времени при неосложнённом ГК наиболее часто на догоспитальном этапе применяли парентеральное введение клонидина, сернокислой магнезии, а также дибазола, диазепама, дроперидола, папаверина гидрохлорида, но-шпы, метамизола

Внутримышечное введение магния сульфата болезненно и некомфортно для пациента, а также чревато развитием осложнений (образование ягодичных инфильтратов).

Дибазол не обладает выраженным гипотензивным действием.

Применение диазепама обосновано лишь в случае выраженного возбуждения больного и при судорожном синдроме.

Но-шпа, папаверина гидрохлорид, метамизол натрия (уровень D) не относятся к группе гипотензивных средств и их применение, безусловно, не оправдано.

Сергей КОЛБАСНИКОВ, заведующий кафедрой общей врачебной практики (семейной медицины), доктор медицинских наук, профессор.

Наталья БЕЛОВА, доцент кафедры общей врачебной практики (семейной медицины), кандидат медицинских наук.

Алла КОНОНОВА, доцент кафедры общей врачебной практики (семейной медицины), кандидат медицинских наук.

Варвара АВАКОВА, ассистент кафедры общей врачебной практики (семейной медицины), кандидат медицинских наук.

Оксана НИЛОВА, ассистент кафедры общей врачебной практики (семейной медицины), кандидат медицинских наук.

Факультет последипломного образования Тверской государственной медицинской академии.

Человечество находится на этапе бурного становления медицины, основанной на биологическом подходе. Как современные знания могут изменить устоявшиеся стереотипы диагностики и лечения заболеваний - об этом наш разговор с генеральным директором Федерального научноклинического центра детской гематологии, онкологии и иммунологии, главным детским гематологом Минздрава России, академиком РАН Александром РУМЯНЦЕВЫМ.

- Александр Григорьевич, на недавнем конгрессе детских кардиологов России вы заявили, что мир занят биологией старения, в то время как биология развития человека не изучена. Вы действительно так считаете? Или в вас всё же говорит педиатр и желание обратить внимание на свою специальность?
- Я сторонник той школы педиатров, которые утверждают, что дети - это не маленькие взрослые. Наши учителя Наталья Сергеевна Кисляк и Юрий Евгеньевич Вельтищев считали, что педиатрия является не только когнитивной специальностью, которая помогает адаптировать ребёнка к окружающей среде, но ещё и представляет собой клинический эквивалент биологии развития. Это понимание пришло тогда, когда был исследован геном человека, и стало понятно, что последовательность генных процессов имеет определённую закономерность. Выпадение того или иного звена приводит к целому ряду расстройств, которые могут встречаться как у ребёнка, так и у взрослого.
- В основе всех расстройств лежит нарушение клеточной регуляции многоклеточного организма хозяина.

Кто же руководит регуляцией?

- Существовало несколько теорий. Ранее предполагалось, что нервная система, потом - эндокринная... Но оказалось, что имеется целый ряд клеток, которые являются руководителями этой иерархии.

- И что это за клетки?

- Стволовые. Первая стволовая клетка, с которой начинается развитие многоклеточного организма, образуется от слияния яйцеклетки со сперматозоидом.
- Но это же зигота.
- Совершенно верно. Сложно себе представить, что из одной клеточки может появиться гигантское количество клеток. Но это же как-то происходит!

– **А как?**

- М как:

- Механизмы сейчас изучаются. Но самым интересным является то, каким образом осуществляется самообновление органов и тканей у родившегося ребёнка. Что, у эмбриона имеется закладка разнообразия клеток уже на всю жизнь? Нет. Идёт постоянное поступление стволовых клеток из костного мозга, которые способны делиться, дифференцироваться в специализированные клетки, то есть превращаться в клетки различных органов и тканей.

После 2000 г. было показано, что онтогенез кроветворной и иммунной ткани, а теперь мы знаем, что и эндотелия, имеют единое происхождение. Костный мозг является единственным источником поставки клеток в течение жизни человека. Его можно представить как своего рода завод по производству пластического материала.

Основоположником стволовой теории кроветворения, а также стволовой теории развития чело-



и тканей) можно рассматривать как модель для изучения регуляции кроветворения и так называемого иммунного ответа. Если клетка по тем или иным причинам не умирает, то остановка так называемой дифференцировки вызывает накопление у человека, что и является опухолью. У детей 50% опухолей - опухоли кроветворной и иммунной системы, а 25% - центральной и периферической нервной системы. Кстати, такая опухоль, как нейробластома, примерно у половины детей первого года жизни заканчивается самопроизвольным выздоровлением. То

но специальное лекарство. И теперь больные получают препарат, не находясь в стационаре, и полностью выздоравливают, хотя ранее умирали, несмотря на все предпринимаемые усилия.

Закончилась эра описательной, клинической медицины в привычном для нас понимании. Мы должны точно знать причину того или иного расстройства и влиять на неё, тогда все клинические проявления исчезают.

Если же мы симптоматически начинаем лечить, то фактически «грязными руками» вмешиваемся в регулирующий момент,

сделали, начинается новый вариант адаптации. Организм постоянно стремится выжить, независимо ни от чего. Мы же, нарушая его функции, приводим к ятрогенным индуцированным процессам, которые и рассматриваем как хронические заболевания.

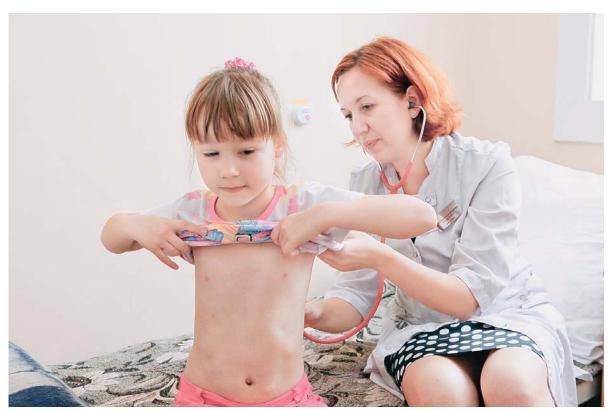
Но как только находим причину, подбираем к ней ключ (а это и есть таргетная терапия), ребёнок выздоравливает.

Этим примером хочу подчеркнуть: иммунология из науки о защите от внешних и внутренних врагов становится наукой о клеточной регуляции много-

Беседы с главными специалистами

Биология развития — новое направление в медицине

Управляя клетками регулятора, мы способны управлять организмом человека. В этом секрет биологии



Педиатры прежде всего должны помнить, что дети – это не маленькие взрослые

века стал наш соотечественник Александр Максимов. Ещё в начале XX века он показал, что из одной стволовой гемопоэтической производятся все клетки крови. Потом выяснилось, что и клетки иммунной системы, и клетки сосудов, и клетки всех органов и тканей (сердца, мышц

Словом, костный мозг – источник стволовых клеток и клеток-предшественников всех клеточных и тканевых структур. Интересно, что стволовые клетки используют кровь как логистическую систему, как систему доставки клеток-предшественников в органы и ткани. За 70 лет жизни человека вырабатывается более 7 т клеток. Любая из этих клеток рождается, мужает, выполняет служебные обязанности и погибает (либо при исполнении своих обязанностей, либо бессмысленной смертью). Клеточный гомеостаз является центральной регулирующей системой организма.

Опухоли кроветворной и иммунной системы (а это нарушение клеточного гомеостаза и транспортного сопровождения стволовых клеток всех органов есть некоторые вещи являются эволюционными, и нужна выжидательная тактика, поскольку возможны разные пути развития событий.

На модели опухоли кроветворной и иммунной системы мы видим, как работает регулирующая система многоклеточного организма человека.

Каким образом биологический подход может повлиять на диагностику и лечение основных заболеваний?

- Приведу пример из своей области медицины. Есть такое заболевание, как хронический миелолейкоз, при котором на каком-то этапе нарушается пролиферация и дифференцировка клеток, возникает опухоль. Лейкоцитоз достигает 200 тыс., селезёнка увеличивается до гигантских размеров, пациент жалуется на боли в костях.

Мы лечили химиопрепаратами, удаляли селезёнку, проводили плазмаферез – делали массу ненужных, как теперь понятно, манипуляций, до тех пор, пока при этом заболевании не был обнаружен генетический дефект (т.е. установлена причина), для коррекции которого предложе-

который приводит к ятрогенным расстройствам. Поэтому большинство хронических заболеваний – ятрогенные, ввиду того, что отсутствует биологическое понимание существа болезни. Это моя личная позиция. Считаю, наши привычные действия требуют пересмотра.

- Позвольте уточнить. Вы утверждаете, что большинство хронических заболеваний ятрогенные?

 Конечно. Поясняю. Если у человека, например, есть дефект регуляции, дефект определённого рецептора генетически детерминированный, задача организма - адаптироваться в условиях дефекта, для того чтобы он жил. Значит, мы имеем некую визуальную клинику заболевания. Но оно не заболевание! Это - адаптация. То есть мы видим какие-то процессы, которые дают клиническую картину, и мы в рамках старой парадигмы начинаем лечение по синдромам. Если есть, скажем, отклонения в селезёнке, начинаем с ней работать: облучаем, удаляем, подавляем пролиферацию... А на самом деле не должны это делать. Потому что как только клеточного организма хозяина, и педиатры должны хорошо знать её основы.

Одной из моделей регуляторных расстройств являются иммунодефициты. В прошлом году зафиксировано уже почти 300 заболеваний иммунной системы. Примерно 2500 сейчас рассматриваются. Многие болезни, которые находились в руках у соматиков, медленно перекочёвывают в группу иммунных, потому что у них есть молекулярные дефекты, которые могут быть замещены.

На сегодняшний день Федеральный научно-клинический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачёва является самым крупным учреждением в сферелечения иммунодефицитов с помощью трансплантации. Ежемесячно выполняется 5-7 операций по пересадке стволовых клеток.

Таких больных очень много, раньше они погибали от других диагнозов (от сепсиса, внутриутробных инфекций, генерализованных заболеваний новорождённых). Сейчас более 90% пациентов можем вылечить.

В области биологии всё не так просто. Когла женщина беременна и ещё не знает, что беременна, уже взаимоотношения с плодом складываются с точки зрения клеточного обмена. Клетки плода встраиваются в циркуляцию мамы. Они обнаруживаются на 6-й неделе гестации, и частота их резко нарастает с увеличением гестационного возраста. Другими словами, женщина вынашивает плод только потому, что она химера. И ребёнок – химера. И эти две химеры обмениваются клетками.

После родов клетки ребёнка остаются в организме матери в течение всей жизни. То есть любая женщина, рожающая детей, в том числе от разных мужчин, и даже прервавшая беременность абортом на ранних сроках, сохраняет клетки детей в течение всей жизни. Что делают эти клетки в организме женщины, сейчас выясняется наукой. Однако известно, что у женщин аутоиммунные, аллергические и другие заболевания встречаются на порядок чаще, чем у мужчин.

Но самым интересным является то, что и у детей мамины

клетки сохраняются. Это меняет наше представление о менделевской теории наследования. Ведь кроме клеток «папы-мамы», из которых я сделан, у меня циркулирует до 1% клеток моей бабушки, прабабушки... и так до Евы по женской линии.

Каждая женщина и каждый ребёнок представляют собой мультихимерный организм, построенный из клеток не только многих индивидов, но и многих поколений. Материнские клетки обнаружены у детей не только в виде циркулирующих в крови, но и как дифференцированные тканевые клетки кожи, сердца, лёгких, поджелудочной железы, селезёнки, почки, тимуса, мышц и костного мозга. И это требует абсолютно нового прочтения нашей жизни.

Совершенно ясно, что механизм передачи информации связан с мамой. Сейчас благодаря новым методам начались уникальные генетические исследования в области этнографии. Определить, кто от кого произошёл и кто как работает, стало важным. Приведу такой пример. Более 90% наших пациентов из европейской части России, нуждающихся в трансплантации стволовых клеток, имеют генные характеристики, идентичные немцам.

- Очень интересно.

– Это говорит о том, что дефакто мы один народ, но с разной культурой, разной религией. Ранее многих вещей мы себе и не представляли.

Клеточные системы, которые являются регулятором жизни человека, постоянно стремятся к той или иной адаптации, то есть в каждом звене работают адаптивно и сопряженно.

Кроме того, одним из органов человека, как стало недавно известно, является микрофлора. Она уникальна для каждого индивида, как отпечаток пальцев. Потому что формируется за счёт приспособительных механизмов с самого начала жизни ребёнка, с околоплодных вод. Причём базовая флора сохраняется в течение всей жизни.

Сейчас учение о микробиоте активно пропагандируется, и доктора от того, чтобы кормить детей необоснованными препаратами, различными бактериями, которые якобы должны улучшить состояние, приходят к осознанию, что микробиота является генетически и постнатально детерминированной функцией. Ребёнок при рождении нижней губой слизывает родовые пути у мамы и контаминируется её микробами. В старых книгах евреев, мусульман есть чёткая позиция: в течение 40 дней новорождённый должен быть изолирован от воздействия внешней среды с тем, чтобы был заселён только микроорганизмами мамы. Благодаря чему происходит блокирование агентов, способных оказать болезнетворное влияние.

Но самое главное, когда ребёнок приезжает домой, он контаминируется микроорганизмами папы, бабушки, дедушки, местного таракана, кошки и т.д. То есть создаётся индивидуальный микробиотический пейзаж, в котором участвуют и клетки

Клетки-регуляторы, клетки иммунной системы не только обеспечивают защиту от микроорганизмов, которые нас колонизируют (мы носим 3-5 кг микроорганизмов, живущих во всех органах и тканях), от внутренних поломок, от генных расстройств, но и выполняют функции дворника, утилизируя «мусор», возникающий в ре-

зультате гибели клеток. Роль дворников, перерабатывающих продукты распада, выполняют нейтрофильные лейкоциты. Если они в дефиците или, например, у них есть дефекты мембраны, рецепторного, лизосомального аппарата, тогда они выполняют функции врагов. И организм начинает приспосабливаться к новым условиям.

К сожалению, сегодня нет программы биологии развития. Есть программа биологии старения, в которую инвестируются большие деньги. Учёные пытаются разработать технологии, способные увеличить продолжительность жизни. А надо бы начинать сначала, потому что там заложены возможности превентивного системного контроля, когда с помощью новых методов можно корректировать здоровье человека.

Зная, скажем, что клетки ребёнка находятся у мамы, можно, взяв кровь у беременной, провести полногеномное секвенирование плода и установить диагнозы тяжёлых генетических заболеваний. Речь идёт о пренатальном скрининге, выполняемом с помощью молекулярного механизма. И не нужно прибегать к кордоцентезу, амниоцентезу.

– Так это уже делают.

- В мире, да. В России он пока не поставлен на поток. А в Гонконге, например, 25 самых распространённых генетических заболеваний выявляются таким образом. Клеточная биология приводит нас к новому пониманию медицины, диагностики и принципиально новым подходам к лечению.

Как педиатры мы хорошо осознаём, что сейчас надо остановиться, задуматься о том, что демонстрирует биология (возможности приспособления, адаптации) и постараться не гасить симптомы, основываясь на принципе замещения, а воздействовать на причину.

Производство клеток, их продвижение, пролиферация (деление), дифференцировка, апоптоз – все эти элементы сегодня управляемы. То есть, управляя клетками регулятора, мы способны управлять организмом человека. В этом секрет биологии.

Слава богу, сейчас принят в третьем чтении закон о клеточных продуктах, мы ждём его с нетерпением. Недавно министр здравоохранения РФ подписала приказ о трансплантации гемопоэтических стволовых клеток (которая практикуется уже 30 лет, но не было легитимных оснований, подчеркну, трансплантация – метод клеточного управления).

Всё, что мы видим в постнатальный период, это – проблема биологии развития и адаптации, связанной с клеточным регуляторным механизмом, который должен быть изучен в будущем.

- Как донести новую концепцию до рядового педиатра? Как изменить его мировоззрение?

- Только через обучение, через понимание важности биологии. Благодаря биологическому подходу мы практически пересматриваем лекарственную нагрузку в виде так называемой полипрагмазии. Когда мне показывают список из 20 лекарств, которые получает ребёнок, совершенно ясно, что это антибиологическая тактика. Подход по замещению.

К сожалению, у российских врачей уровень биологического образования ниже, чем у их зарубежных коллег.

Беседу вела Валентина ЕВЛАНОВА, корр. «МГ».

Фото Юрия ЛУНЬКОВА.

Современные технологии

Собрать из клеточек

Регенеративная медицина добралась до ВЗК

Имеют ли клеточные технологии перспективу в лечении воспалительных заболеваний кишечника? Ответ на этот вопрос получили в ходе совместных исследований учёные Московского клинического научного центра Департамента здравоохранения Москвы и Медицинского радиологического научного центра им. А.Ф.Цыба Минздрава России. Они изучили возможность и целесообразность использования аллогенных мезенхимальных стромальных/стволовых клеток (МСК) в комплексной терапии язвенного колита.

Костный мозг помогает кишечнику

Сравнивались результаты лечения двух групп больных с обострением среднетяжёлой и тяжёлой форм язвенного колита (ЯК). Первая группа получала комплексную противовоспалительную терапию с применением донорских мезенхимальных стромальных/стволовых клеток костного мозга, вторая – стандартную противовоспалительную терапию.

Как показали результаты, включение МСК в комплексную терапию острой фазы язвенного колита не повлияло на частоту рецидивов, продолжительность ремиссии и скорость репарации повреждённой слизистой оболочки кишечника. А вот на втором году наблюдения разница стала куда более ощутимой: риск рецидива болезни в первой группе был в 3 раза ниже, чем во второй. Через 3 года наблюдения в первой группе ремиссия ЯК сохранялась у 50% больных, во второй - только у 10%. Средняя продолжительность жизни без обострения в первой группе составила 22 месяца, во второй – 17 месяцев.

На основании полученных данных российские учёные сделали следующие выводы: использование методов регенеративной медицины повышает эффективность противовоспалительной терапии у больных с острой формой язвенного колита, причём наибольший успех достигается, если лечение начато в ранние сроки от начала заболевания.

Авторы научной работы также не исключают возможность использования МСК в лечении некоторых форм болезни Крона.

Немного истории

Прокомментировать результаты данного исследования и рассказать о возможном применении клеточных технологий в колопроктологии мы попросили одного из его авторов, заведующего отделением воспалительных заболеваний кишечника МКНЦ доктора медицинских наук Олега КНЯЗЕВА:

- Считаю очень важным напомнить, что впервые в мире о стволовых клетках в начале 20-х годов прошлого века заговорил наш соотечественник – выдающийся российский учёный, гистолог и эмбриолог, членкорреспондент РАН Александр Максимов. Именно его научные открытия легли в основу современной клеточной биологии и регенеративной медицины. Открытие МСК также принадлежит



и иммунологу, члену-корреспонденту РАМН Александру Фриденштейну. В 1968 г. он подтвердил существование в костном мозгу и лимфоидных органах стволовых стромальных клеток. Наконец, наш коллега по данным исследованиям, ученик профессора Фриденштейна, доктор биологических наук, профессор Анатолий Коноплянников, научная деятельность которого на протяжении всей жизни связана с мезенхимальными клетками, первым предложил использовать их в клинике. Таким образом, наша страна имеет абсолютный приоритет в данной области науки.

Впереди планеты всей

Теперь о том, как мы оцениваем перспективу применения клеточной терапии в отношении воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК). Прежде всего, подчеркну, что, если ещё недавно язвенный колит и болезнь Крона относили к редкой гастроэнтерологической патологии, то современные эпидемиологические исследования говорят о значительном росте заболеваемости ВЗК. Причём повсеместно. Правда, о распространённости их мы можем судить только из данных мировой статистики: согласно ей, в разных странах заболеваемость язвенным колитом составляет от 21 до 268 случаев на 100 тыс. населения, болезнью Крона – 3,5 человека на 100 тыс. жителей. Точных данных по нашей стране пока нет, так как регистры пациентов, страдающих ВЗК, ведутся лишь в некоторых российских регионах.

Что касается МСК, они обладают иммуносупрессивными свойствами. Это и предопределило их потенциальную способность быть использованными в терапии аутоиммунной патологии, какой являются язвенный колит и болезнь Крона.

Один из минусов традиционной терапии ВЗК иммуносупрессивными препаратами, как системными, так и селективными, в том, что они не только снижают ту самую аутоагрессию, которая приводит к развитию аутоиммунного заболевания, но и попутно снижают общий иммунитет. В результате у больного возникает иммунодефицит с подверженностью всевозможной бактериальной и вирусной инфекции.

Клетки же действуют более физиологично. Там, где иммуноглобулины снижены, они повышаются до нормального уровня. А провоспалительные цитокины снижаются до нормального уровня. Мы это показали и в экспериментальных работах, и в клинике на большом массиве пациентов - около 200 человек. Это самая большая выборка в мире, за рубежом аналогичные клинические исследования проводились в лучшем случае с участием лишь нескольких десятков человек. Поэтому именно результаты российских исследований сегодня являются наиболее цитируемыми, хотя параллельно такие работы проводятся в Австралии, Нидерландах и США.

Чётко в цель

Почему речь идёт об использовании именно аллогенных, а не собственных мезенхимальных клеток больного? Попытки аутотрансплантации дали не очень хорошие результаты. Предположительно потому, что собственные мезенхимальные стволовые клетки больного организма уже иммуноскомпрометированы. В то же время аллогенные МСК не отторгаются, потому что не несут на себе комплекс гистосовместимости, то есть проблем с подбором донора нет, и в этом их очевидное преимущество для клинического применения. Получить такие клетки также не сложно, они берутся из жировой ткани донора.

Спрашивается, как клетка узнаёт, куда именно она должна встроиться? Есть ли у неё «бортовой компьютер» или навигатор? Да, есть. Мезенхимальные стромальные клетки обладают определённым таксисом и двигаются по градиенту туда, где есть избыток провоспалительных цитокинов, то есть точно к месту воспаления. Их задача не в том, что они там начинают размножаться, а в том, что они, во-первых, выделяют активные биологические вещества, способствующие уменьшению воспаления, а во-вторых, стимулируют рост собственных резидентных стволовых клеток. То есть подталкивают родные стволовые клетки кишечника к активации.

Главное, что мы увидели, – клеточная терапия позволяет в 2 раза быстрее добиться основной цели лечения, а именно заживления слизистой оболочки кишечника. Это прогнозирует безрецидивное течение заболевания и более продолжительную ремиссию, а значит, более высокое качество жизни больного.

Причём мы не просто показали эффективность применения мезенхимальных клеток в лечении ВЗК, но и впервые определили показания к использованию данной методики (если она когдалибо будет оформлена и зарегистрирована в виде медицинской технологии), дифференцировав пациентов по степени тяжести и продолжительности заболевания. Сейчас ведётся работа над определением оптимальной кратности трансфузий МСК. Поэтому сказать, что данная методика уже полностью готова к широкому использованию в клинической практике, ещё нельзя. Пока это только очередная стадия научных исследований.

> Подготовила Елена ЮРИНА.

Игорь Евгеньевич, на ваш взгляд, откуда появляются пациенты с гигантскими опухолями?

- Феномен запущенных опухолей не имеет однозначного объяснения. С одной стороны, как правило, при большинстве локализаций злокачественные новообразования на ранних стадиях не проявляют себя никак. С другой стороны, даже при появлении значимых симптомов далеко не все больные сразу бегут к врачу.

Это страх узнать правду о серьёзном заболевании?

 И страх, и отсутствие настороженности. Я добавил бы ещё отсутствие ответственности перед самим собой и своей семьёй. Но нельзя исключать и фактор доступности онкологической помощи.

Если провести специальные социологические исследования, то среди пациентов с запущенными опухолями, скорее всего, действительно будет больше людей с низким образовательным уровнем, проживающих где-то в отдалении от медицинских центров. Но есть в этой категории и высокообразованные люди, которые живут в Москве.

Сегодня организация работы амбулаторной службы в столице такова, что попасть на приём к терапевту, а от него – к узкому специалисту, включая онколога, можно быстрее, чем во многих европейских странах.

– То есть врачу общей практики, как и прежде, отводится простая функция диспетчера: при подозрении на опухоль выписать направление к онкологу, только и всего? А если у него не возникнет подозрений?

- Функция диспетчера, о которой вы говорите, и недостаток знаний по онкологии у врачей участковой службы крайне негативно отражаются на показателе запущенности рака. Потому что в этом случае, к сожалению, путь пациента от терапевта на диагностику и к онкологу-консультанту, а затем в стационар, где больной начинает получать специализированное лечение, может растягиваться на недели и месяцы. И коль скоро корни проблемы онкозапущенности находятся, в том числе, здесь, я считаю, что именно отсюда, с этой точки необходимо начать совершенствование системы оказания онкологической помощи.

– Единой федеральной стратегии оптимизации онкопомощи пока нет...

– Поэтому, наверное, каждый регион выстраивает свою стратегию. В декабре 2015 г. Департаментом здравоохранения Москвы был издан новый приказ по организации оказания онкологической помощи, который впервые регламентирует деятельность врачей общей практики и содержит чёткие установки, что они должны делать при подозрении на онкопатологию.

Вслед за этим мы начали проводить для терапевтов поликлиник однодневный интенсивный образовательный курс по онкологии. Мало потребовать от коллег онконастороженности – нужно повышать их онкоинформированность.

Каков теперь алгоритм действий терапевта?

- Например, если есть подозрение на опухоль желудка, не нужно тянуть время и назначать сначала УЗИ, потом рентгенографию. Надо максимально быстро добиваться результатов морфологии, то есть выполнять ЭГДС с биопсией, а параллельно проводить комплекс исследований, которые позволили бы онкологу сразу принять решение о тактике и начать лечение.

Мы считаем, что в условиях первичного звена могут быть полностью обследованы около 70% онкологических пациентов. И лишь какие-то специфические дообследования, морфологическая уточняющая диагностика или дифференциальная диагностика должна проводиться уже онкологом.

Причём мы поставили задачу, чтобы врач участковой службы не

ческие маммографы, а всем, что связано с узловой патологией молочных желёз, должны заниматься экспертные диагностические маммологические центры.

Предварительно речь идёт об организации в столице 12 экспертных центров лучевой диагностики и 4 маммологических центров. Все рентгеновские снимки по профилю «онкология» должны загружаться в базу

кологический пациент должен быть в этой системе «помечен» и определённым образом маршрутизирован.

Канцер-регистр нужен для учёта потребности в противоопухолевых и обезболивающих препаратах?

– Любой хорошо организованный процесс должен базироваться на учёте и контроле. К онкологии это тоже относится. Очень

торая в Европе создана и активно используется для объективной оценки деятельности онкологической клиники специалистами из разных медицинских центров и разных городов. Такую работу организовать достаточно сложно, но мы начинаем это делать на базе мединспекции городского Департамента здравоохранения.

А то, о чём вы говорите, – ретроспективная оценка причин

Abmopumemhoe mhehue -

Росла, росла и... выросла

Феномен запущенных опухолей: как от него избавиться?

Хирурги Ростовского НИИ онкологии Минздрава России сообщили об очередной успешно выполненной операции по удалению гигантской опухоли. В данном случае им пришлось иметь дело с липосаркомой весом 20 кг (см. «МГ» № 52 от 15.07.2016). Можно бы просто порадоваться профессионализму онкологов, но не даёт покоя вопрос, что за злые силы вынуждают хирургов с завидной регулярностью совершать такие героические поступки?

По признанию больного, в течение года он замечал, что «у него как-то странно увеличивается живот», но, видимо, в понимании человека данное обстоятельство не заслуживало внимания. А может быть, оно не заслуживало внимания и тех докторов, к которым, возможно, обращался больной до того, как попал в онкологический центр?

И благо бы это был единичный пример запущенных новообразований гигантских размеров, с которыми больные оказываются на операционном столе.

О феномене запущенных форм злокачественных новообразований — в интервью главного онколога Департамента здравоохранения Москвы, директора Московского клинического научного центра, заведующего кафедрой факультетской хирургии № 2 Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова, доктора медицинских наук, профессора Игоря ХАТЬКОВА.

только занимался обследованием пациентов с уже выявленной патологией, но и работал профилактически. Если на приём пришёл человек старше 50 лет, ему нужно обязательно назначить биохимию крови, колоноскопию, посмотреть простату, у курильщика – лёгкие. Это всё можно сделать в поликлиниках, их специально для этого оснастили.

Можете дать оценку эффективности принятых организационных решений? Прошло уже более полугода работы по новым правилам.

- Если вы ждёте изменений в показателях выживаемости и смертности от рака, то для онкологии полгода – срок слишком маленький. В то же время налицо более эффективное использование диагностического оборудования, которым располагает первичное звено: растёт число онкологических пациентов, которые прошли обследование именно на базе поликлиник, что сокращает срок постановки диагноза и начала лечения.

Есть ещё один путь повысить точность онкодиагностики и выявляемость опухолей на ранних стадиях – централизовать работу по описанию рентгеновских снимков. Например, на базе московских поликлиник сегодня 150 маммографов. Работают они с разной нагрузкой и разным качеством. Скрывать не буду, бывают случаи, когда к онкологам приходят пациентки из поликлиник с описаниями маммографии, и при пересмотре снимков оказывается совсем другая картина.

Поэтому мы решили определить уровни проведения лучевой диагностики новообразований вообще и патологии молочной железы в частности. Все массовые скрининговые исследования на РМЖ оставляем на периферии и задействуем в этом поликлини-

данных единой информационно-регистрационной системы. Их будут смотреть специалисты окружных лучевых центров, а при необходимости направлять пациенток с подозрением на опухоль молочной железы на более тонкую диагностику, в частности, морфологическую, в специализированные центры.

- Почему вы выделили именно опухоли молочной железы?

но опухоли молочной железы? - Во-первых, этот рак самый распространённый. Во-вторых, специфика данных новообразований такова, что требует особой «остроты зрения» рентгенологов. Есть специалисты, которые, занимаясь исключительно маммологией, видят на маммограммах опухоли размером несколько миллиметров и могут точно выполнить трепан-биопсию этого новообразования. В то время как рентгенологи в поликлиниках смотрят все снимки: и маммографию, и флюорографию, и переломы костей Естественно вероятность что-то не увидеть или недооценить в таком случае

Одно дело, когда рентгенолог смотрит 10 маммограмм в неделю, и другое дело, если он смотрит 20 маммограмм в день.

– Какую задачу это поможет

- Прежде всего, повысить выявляемость РМЖ на ранних стадиях. А кроме того, дифференцировать потоки пациенток: специалисты онкологической службы должны заниматься ведением больных со злокачественными новообразованиями, а наблюдением женщин с мастопатией должны заниматься врачи общей практики и гинекологи.

Ещё одна задача – я считаю её приоритетной – формирование регионального канцер-регистра и включение онкологической службы в систему ЕМИАС. Он-



важно знать, сколько в регионе больных с I, II, III и IV стадиями болезни, чтобы понимать, как наши организационные решения отражаются на своевременности диагностики рака. Ну и конечно, как вы правильно сказали, нужен расчёт потребности в химиопрепаратах и учёт их назначения.

Если мы полностью информатизируем онкологическую службу, я считаю, это будет настоящее достижение. Потому что тогда мы получим не только точную статистику больных, но и увидим, как организованы потоки пациентов, насколько долго пациент находится в пределах амбулаторной сети.

– Во многих регионах главные онкологи сетуют, что не соблюдается «монополия»: лечением онкобольных занимаются, в том числе, обычные больницы. Вы считаете это проблемой?

– Да, и очень серьёзной. То, что вы называете монополизмом, преследует единственную цель – высокое качество оказания онкологической помощи, что не всегда достижимо в непрофильных клиниках

В Москве потоки онкологических больных тоже «распылены». Чтобы исправить ситуацию, мы подготовили данные по всем городским стационарам, выделив те, в которых выполняют меньше 30-40 операций онкологического профиля в год. Считаем, что у них надо забрать такое право и перенаправить поток пациентов в специализированные учреждения. Это вопрос канцер-аудита.

Канцер-аудит – это возможность проводить клиническое расследование ситуаций с запущенными новообразованиями и выявить «вклад» в эту ситуацию самого пациента

и системы здравоохранения?Канцер-аудит – система, ко-

запущенности рака у конкретного больного – достаточно легко сделать именно благодаря системе ЕМИАС. Она позволяет посмотреть, в какие медицинские учреждения в течение последнего года данный гражданин обращался и по какому поводу.

Чтобы пациент пришёл к врачу с большой опухолью, а врач не направил его на диагностику – такого, конечно же, нет. Но чтобы больной пришёл с какими-то симптомами, которые бы насторожили онколога, но не насторожили врача общей практики – такое, к сожалению, ещё происходит.

А по моему мнению, в значительной мере высокий показатель запущенности рака обусловлен бесплатностью медицинской помощи в России.

– Я так не думаю. Наибольшее значение, скорее, имеет плохая информированность людей о возможностях современной медицины, и это одна из обязанностей врача - рассказывать пациентам о наших возможностях при каждом удобном случае. Например, говорить о необходимости пресловутой колоноскопии каждому пациенту старше 50 лет, даже если он пришёл на приём совсем по другому поводу. И, может быть, постепенно, сначала через систему ДМС вводить принцип финансовой ответственности. Если человек, будучи хорошо информированным, вовремя не проходит диагностику, то в случае возникновения онкозаболевания его лечение не оплачивается или оплачивается не в полном объёме.

– Жёстко, но справедливо…

Беседу вела Елена БУШ, обозреватель «МГ».

Фото Александра ХУДАСОВА.

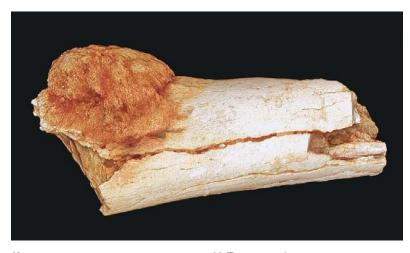
Haxogku -

Рак-австралопитек

Несколько лет назад при раскопках одного из римских кладбищ Каталонии был найден женский скелет возрастом около 2000 лет с тератомой яичника. Затем в северном Судане у границы с Египтом археологи нашли скелет с явными признаками метастатического рака (3000 лет). В самом Египте нашли костные остатки древней аристократки, жившей 4200 лет назад, с метастатическим поражением вследствие рака молочной железы. В Сибири обнаружена мумия женщины (2500 лет), также погибшей от рака молочной железы, спасавшейся от болей употреблением конопли. В захоронении Тувы у мужчины был распространённый рак простаты, о чём говорил повышенный уровень PSA – специфического антигена предстательной железы. Рак не щадил даже «боковую» ветвь развития человека, поскольку костную опухоль обнаружили в ребре неандертальца (120 тыс. лет), жившего в нынешней Хорватии. Но вот в Южной Африке учёные нашли кость древнейшего предка человека, а именно австралопитека седиба (Australopithecus sediba), возраст которой оценён в 1,7 млн лет.

назад сотрудники лаборатории в Колд-Спринг-Харборе, что на острове Длинном - Longisland - y южной оконечности Манхеттена (в лаборатории был открыт первый онкоген, переносимый вирусом) предупредили, что антиоксиданты подстёгивают клеточное деление, так как они способствуют выработке энергии в клетках. И вот новое сообщение, на этот раз практического значения, поскольку выяснено, что бутионин со сверхокисленной серой понижает в клетках уровень антиоксиданта глютатиона, блокируя его синтез.

В лаборатории показали, что



Костная опухоль австралопитека (1,7 млн лет)

садки стволовых клеток».
Более реальные попытки «запрячь» активные – эффекторные – Т-лимфоциты для борьбы с раком, в частности с опухолями яичников, описываются в солидных журналах. В филадельфийском институте К.Вистара внимание исследователей привлёк белковый рецептор фолликулостимулирующего гормона. Он синтезируется клетками гипофиза и через рецептор подстёгивает созревание яйцеклеток (в граафовых пузырьках-фолликулах,

Рак заложен в нашем геноме,

который раз за разом даёт «сбой»,

определяемый законом Менделя

о 25% потомков, о чём говорят в школе. Вполне возможно, что

постоянно образующиеся в ор-

ганизме трансформированные

клетки являются сигналами для

иммунного надзора, клетки тем

самым отвлекаются от атак на свой

организм. Недавно рассказано об

очередной жертве аутоиммунного расстройства Регине Парпиевой, у которой воспаление зрительных нервов вследствие атаки соб-

ственных Т-лимфоцитов привело к

слепоте. Её пытались спасти пере-

садкой костного мозга, но началось

его отторжение (атака клеток

трансплантата на организм «хозяи-

на»), и тогда К.Киргизов пересадил Регине стволовые клетки. Рассказу

об этом медицинском «чуде» пред-

шествовал подзаголовок «70%

ранее неизлечимо больных детей

удаётся спасти с помощью пере-

откуда столь сложное название). Протеин активирован и в слизистой матки, поэтому учёные решили использовать Т-клетки с новомодными химерическими рецепторами антигенов (CAR). позволяющими иммунным клеткам более эффективно атаковать опухоли. Для более точного нацеливания-таргетирования CAR был использован гормон, что позволило стимулировать отторжение модели рака яичников у мышей. Авторы полагают, что их ГМ-лимфоциты с CAR помогут «вычищать» опухолевые клетки, оставшиеся после операции и химиотерапии.

По другую сторону Атлантики, в Оксфорде тоже пытаются бороться с раком яичников, а заодно и молочной железы, но на самой ранней стадии его развития (онкологи часто «жалуются», что человек приходит поздно, а на первой стадии рака они бы легко справлялись с опухолями). Британцы обратили внимание на ген Sox, который

наряду с тремя другими используется для перевода взрослых клеток в стволовое состояние и чей белок подстёгивает клеточное деление. Для последнего требуется фермент, включаемый... солью (SIK – Salt Inducible Kinase), который «сжигает» жир, обеспечивая делящиеся клетки энергией. Определение активности двух генов непосредственно в фаллопиевых трубах позволяет заподозрить неладное на самых разных стадиях.

В своё время пришествие гливека, или иматиниба совершило революцию в лечении детей с одной из форм лейкемии (хронической миелоидной), однако 20% их на лечение не «отвечали» (откуда и появилась широко рекламируемая эффективность излечения в 80, а теперь уже и 90%). На самом деле после первого успеха врачи отмечают нарастание резистентности, которая связана с нарастанием активности гена - зачастую через недели после начала лечения, отвечающего за синтез белка P (ритр, или помпа - насос в оболочке раковых клеток, выкачиваюший из них молекулы лекарств: это явление носит ещё название Mdr -MultiDrug Resistance). Учёные Университета Аделаиды (Австралия) разработали тест на определение активности гена Р. позволяющий максимально рано выявлять начало резистентности.

Наша неспособность лечить рак связана с непониманием клеточной биологии. Одной из мантр онкологов и диетологов является требование употреблять в пищу антиоксиданты, которых много в овощах и фруктах. Но пару лет

клетки рака поджелудочной железы используют глютатион для перемещения в ядро NRF, или ядерного респираторного фактора. Этот белковый фактор способствует переводу дыхания злокачественных клеток на бескислородное, что приводит к их закислению, о чём известно почти век (открывший это явление немец О.Варбург получил Нобелевскую премию в 1931 г.). На представленных учёными фото хорошо видно, что число коричневых точек, представляющих островки быстро делящихся клеток, резко сокращается после действия BSO в смеси с химиотерапевтическим средством МК (сокращённое название фирмы-производителя). Но это пока лишь у мышиной модели рака поджелудочной железы человека.

Одна из газет заявила широковещательно, что «сегодня выздоравливают почти 90% детей, заболевших раком». Ещё недавно эта цифра была всего 80, но более трезвый отчёт о состоянии дел был представлен в двух больших публикациях, в одной из которых говорилось, что «в прошлом году почти 300 тыс. россиян и более 7 млн людей в мире умерли от рака», и это, добавим от себя, при наличии около тысячи противораковых средств, имеющихся сегодня в распоряжении онкологов. Можно только напомнить, что приснопамятная Е.Фурцева требовала «к 1 мая изобрести вакцину и полностью ликвидировать рак»!

Игорь ЛАЛАЯНЦ, кандидат биологических наук.

По материалам Cancer Cell.

Для работы в районной больнице в пгт Междуреченский Кондинского района, ХМАО – Югра

(местность приравнена к району Крайнего Севера)

требуются специалисты

с высшим медицинским образованием: ОНКОЛОГ, ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГ, ПСИХИАТР ДЕТСКИЙ, ИНФЕКЦИОНИСТ, ВРАЧ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ, ТЕРАПЕВТ, ПЕДИАТР, НЕВРОЛОГ, ХИРУРГ, ОФТАЛЬМОЛОГ, ПАТОЛОГОАНАТОМ.

Предоставляются: единовременная компенсационная выплата медицинским работникам в возрасте до 50 лет в размере 1 млн руб.; жильё.

Контакты: http://kondazdrav.ru, e-mail: muz-mrb@rambler.ru, приёмная 8 (34677) 32-110.

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

требуется для постоянного трудоустройства АНЕСТЕЗИОЛОГ-РЕАНИМАТОЛОГ.

АНЕСТЕЗИОЛОГ-РЕАНИМАТОЛОГ.Предоставляется служебное жилье.

Контактные телефоны:

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

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

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

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

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

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

Контактные телефоны:

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

Официальный сайт: совбольница.рф
Адрес: ул. Гагарина, д.62/а, г. Советский 628240, ХМАО — Югра (местность приравнена к районам Крайнего Севера). Резюме направлять по адресу: sovhospital@совбольница.рф Более подробную информацию о нашем учреждении можно получить на официальном сайте www.совбольница.рф

Почему бы и нет? ———

Невидимый барьер

Используя ультратонкую гибкую плёнку, разработанную учёными из Университета Токио (Япония), можно превратить собственную кожу в жидкокристаллический дисплей. Толщина плёнки всего 0,003 мм, что в 13 раз тоньше человеческого волоса – она может приклеиваться прямо на кожу и не причинять никакого дискомфорта.

Профессор токийского университета Такао Сомеа и другие члены исследовательской группы объясняют, что с помощью плёнки, нанесённой на кожу, можно будет отслеживать частоту сердечных сокращений, уровень кислорода в крови и множество других параметров.

В отличие от других подобных плёнок эта способна сохранять свою функциональность в течение нескольких дней, а не часов. Это стало возможно благодаря нанесению пассивирующего слоя, обеспечивающего защиту электронной кожи от разрушения под действием кислорода и водяных паров. Электронная кожа снабжена сенсорами, а также дисплеем на органических светодиодах – измеряемые показатели могут отображаться красным и зелёным иветами.

Учёные считают, что их разработка сможет заменить популярные фитнес-браслеты, а также будет использоваться в медицинских целях – с её помощью можно будет с лёгкостью отслеживать пульс, количество пройденных шагов или уровень кислорода в крови. График изменений этих параметров будет отображаться на дисплее непосредственно в месте прикрепления плёнки.

Яков ЯНОВСКИЙ.

По информации sciencealert.com

Ngeu

Учёные Федеральной политехнической школы Лозанны (Швейцария) разработали гибких, мягких микророботов, которые работают без «мотора». Это настоящий прорыв в медицине.

Контролируются роботы электромагнитными полями. Они созданы из биосовместимого гидрогеля и магнитных наночастиц. Микророботы могут передвигаться внутри

Микророботы возьмутся за дело

тела человека, когда включается электромагнитное поле.

Создавая роботов, учёные вдохновлялись бактериями. Сначала наночастицы поместили в слои гидрогеля. Затем с помощью электромагнитного воздействия направили и распределили их по

разным частям робота. Конечный этап – полимеризация для закрепления гидрогеля. После всех этих мероприятий робота поместили в воду, где он начинал по-разному сворачиваться, в зависимости от ориентации наночастиц в геле. В результате происходило фор-

мирование финальной трёхмерной «архитектуры робота».

Когда финальная форма уже принята, электромагнитное поле используется для инициирования движения робота. При нагревании он может менять форму. А в целом напоминает бактерию, вызываю-

щую африканский трипаносомоз. Эта специфическая бактерия использует жгутик для движения, но прячет его, попадая в кровоток человека. У робота тоже есть жгутик (при нагревании он прячется оборачиваясь вокруг тела робота). Такая система позволяет точно доставлять лекарства, проводить деликатные операции вроде очистки закупоренных артерий.

Кирилл ОРЛОВ. По материалам Zee News. № 61 • 17. 8. 2016

Можно ли определить точное количество заболевших?

Минздрав Колумбии вслед за Австралией, о чём мы уже сообщали, официально объявил о завершении эпидемии лихорадки Зика.

Реальное число заболевших в Колумбии, эпидемия в которой была объявлена в стране в сентябре 2015 г., как сообщает министерство, оказалось в 6 раз меньше прогнозируемого. Общее число заражений вирусом составило 99 тыс. человек, тогда как колумбийские специалисты опасались, что число заболевших может превысить 600 тыс. человек. Реальная ситуация, по-видимому, подтверждает прогнозы британских эпидемиологов, которые были высказаны в статье, опубликованной в журнале Science, полагают эксперты.

Учёные создали компьютерную модель распространения вируса Зика. Согласно их выводам, эпидемия имеет естественные границы. Заболевшие один раз получают своего рода «вакцинацию», их иммунная система начинает вырабатывать антитела, и заболеть второй раз они уже не могут.

По мнению Нила Фергюсона из лондонского Imperial College, эпидемия вируса Зика в Латинской Америке закончится сама по себе примерно через 3 года просто потому, что количество её потенциальных жертв станет недостаточным для дальнейшего распространения. Попытки же остановить эпидемию приведут только к тому, что она затянется.

В подтверждение своей точки зрения учёные напомнили про различные резонансные эпидемии прошлых лет. Например, в своё время, властями Бразилии и других стран, предпринимались попытки бороться со вспышками лихорадки Денге и даже уничтожать комаров Aedes, которые переносят вирус Зика, но это ни к чему не привело. Многие эпидемии, напоминают эксперты, носят волновой характер, затухая и вспыхивая с новой силой, когда подрастают поколения людей, не прошедших естественную «вакцинацию» при предыдущей вспышке.

После затухания эпидемии вируса Зика следующую вспышку можно ожидать не ранее чем через 10 лет. Но чтобы уменьшить её последствия, необходимо продолжать работу над вакциной и проверять её уже сейчас. Если прогнозы сбудутся, через 3 года шанса уже не будет. Учёные предлагают создать специальные центры на территории Южной Америки, где желающие смогут испробовать вакцину «без всяких бюрократических ограничений».



Учёные создали компьютерную модель распространения вируса Зика

Между тем в Европе зарегистрирован первый случай микроцефалии, связанный с лихорадкой Зика. В больнице Vall d'Hebron в Барселоне (Испания) родился ребёнок, у которого выявлена вызванная этим вирусом микроцефалия. Заведующий отделением неонатологии Феликс Кастильо подтвердил, что новорождённый действительно имеет патологически маленькую окружность головы и тем не менее в клиническом плане он вполне стабилен, самостоятельно дышит. а за его здоровьем наблюдает профессиональная многопрофильная команда. Но ребёнок страдает умственной отсталостью и в течение всей жизни не сможет самостоятельно себя обслуживать. По словам заведующей акушерским отделением больницы Елены Каррерас, ребёнок появился на свет с помощью кесарева сечения без осложнений. Его мать чувствует себя хорошо.

Как стало известно, женщина заразилась лихорадкой Зика во время путешествия по странам Латинской Америки, и, несмотря на вероятность рождения ребёнка с патологией, не стала прерывать беременность. По словам врачей, это первый случай микроцефалии как следствия лихорадки не только в Барселоне, но в Европе в целом. Предыдущие 5 детей, матери которых заразились вирусом Зика, родились нормальными.

Продолжительность и качество жизни малыша будут зависеть от семьи и медицинского обслуживания, но в целом, по словам врачей, биологическая жизнь больного микроцефалией по всем параметрам эквивалентна жизни нормального человека.

Многопрофильная команда клиники, которая состоит из педиатров, неврологов, реабилитологов и детских офтальмологов, намерена начать масштабное исследование с целью выявления других возможных дефектов, которые плод может получить во время беременности женщин, заболевших лихорадкой Зика.

По информации Национальной сети эпидемиологического надзора Испании, с 1 января в Каталонии зарегистрирован 91 случай инфекции, болезнь выявлена у 24 мужчин и 67 женщин, 21 из которых оказались беременными, причём 6 женщин уже родили. Во всех случаях применяется протокол медицинской помощи беременным женшинам, которые подвергались риску заражения вирусом Зика. Он включает в себя обширный мониторинг таких женщин, а также их детей после рождения. Во всех случаях заражение произошло за пределами Европы. Ни одного случая местной передачи лихорадки не зафиксировано.

А в Центральной и Южной Америке общее число подтверждённых случаев заболеваний женщин лихорадкой, вызванной вирусом Зика, достигло уже 1,65 млн. Общее количество людей, инфицированных вирусом во всех странах Латинской Америки, может достигать 90 млн.

По словам Эндрю Тотема, профессора Университета Саутгемптона, определить точное количество заболевших женщин невозможно, так как примерно 80% случаев протекают бессимптомно, а симптоматика, аналогичная лихорадке Зика, может быть вызвана другими вирусами.

Валентин МАЛОВ.

Расследование —

Страхование — дело тонкое

Прокуратура Южного округа Нью-Йорка начала расследование в отношении контрактов, заключённых между фармацевтическими производителями и операторами лекарственного страхования. Прокуроры запросили документы у трёх крупных фармкомпаний.

Страховые операторы предоставляют работодателям компенсационные выплаты за лекарства для сотрудников, а также управляют программами лекарственного страхования. Многие операторы запустили крупные аптеки, в которых можно получить препараты, заказанные по почте.

В одной из упоминаемых фармкомпаний сообщили, что получили требование о выдаче документов из прокуратуры. Речь идёт о контрактах, заключённых с с начала 2006 г. по настоящее время.

Подтвердили информацию о запросе из прокуратуры и в другой компании. Дело касается контрактов и выплат относительно препарата от мигрени и препарата для лечения эректильной дисфункции за аналогичный период.

Третья фирма также начала сотрудничать со следствием; правоохранительные органы также запросили у фармкомпании данные о договорах, касающихся лекарства от мигрени.

При этом, что и следовало ожидать, фармкомпании не раскрывают название оператора лекарственного страхования, которым заинтересовалась прокуратура.

Яков ЯНОВСКИЙ.

По сообщению Reuters.

Неужели?

Счастье материнства

Гражданка Индии Далжиндер Каур в 70 лет стала матерью. Благодаря процедуре ЭКО ей удалось забеременеть впервые за 46 лет брака. Точный возраст женщины, правда, неизвестен, так как у неё нет свидетельства о рождении. Некоторые врачи считают, что ей 72 года. Мужу Д.Каур в апреле исполнилось 79.

У семейной пары есть ребёнок, которого они усыновили в 1980-е годы, однако, повзрослев, юноша эмигрировал в США.

Кауры обратились в одну из индийских клиник, занимающихся проблемами репродукции. Будущей матери пришлось пройти ряд серьёзных медицинских обследований, чтобы подтвердить тот факт, что её здоровье позволяет ей выносить ребёнка.

Анураг Бишной, эмбриолог, работавший с семейной парой, объяснил, что здоровье Д.Каур оказалось довольно крепким, риск развития каких-либо осложнений беременности был не выше, чем у женщин среднего возраста.

Беременность наступила лишь с третьей попытки – для оплодотворения использовались донорские яйцеклетки. Вес ребёнка, появившегося на свет 19 апреля, 2 кг. Родители назвали его Арманом. По мнению медиков, мальчик абсолютно здоров.

В настоящее время мать и отец справляются с ребёнком самостоятельно, однако у них есть немало родственников, готовых помочь с малышом.

Алина КРАУЗЕ.

По информации theguardian.com

JqHako

Электроника против родителей



Новое исследование, проведённое в Мичиганском университете (США), показало: когда дети играют в видеоигры или смотрят телевизор, они пропускают мимо ушей просьбы своих родителей. Так, современные технологии мешают родителям установить контакт не только с подростками, но и с дошкольниками.

Специалисты изучили аудиозаписи, сделанные в 44 семьях. Запись велась около 10 часов в день. Исследователей интересовал процесс взаимодействия между родителями и детьми, а также частота использования разных электронных устройств. Специалисты учли и ряд других факторов. Было обнаружено, что современные технологии нарушают процесс коммуникации между родителями и ребёнком.

Примечательно, что дети женщин с высшим образованием реже смотрели телевизор и пользовались гаджетами по сравнению с детьми матерей, окончивших только школу или несколько курсов колледжа. Кроме того, эти дети предпочитали образовательные телепередачи. И матери в таких семьях чаще обсуждали со своими детьми то, что те смотрели.

Кирилл ОРЛОВ.
По материалам
The Hindustan Times.

rewehus

Генетика как борьба с терроризмом

Правительство Кувейта сообщило, что каждый житель страны, а также приезжающий в неё, должен будет сдать анализ ДНК. Полученные результаты будут использоваться «для предотвращения преступлений и борьбы с терроризмом». Те же, кто откажется проходить ДНК-тестирование, будут обязаны заплатить штраф, равный 33 тыс. долл., или же проведут год в тюрьме.

В Кувейте, как известно, проживает чуть больше 4 млн человек, почти 3 млн из которых – иностранные резиденты. Для того чтобы взять образцы ДНК у всех жите-

лей этого государства, придётся подключить несколько мобильных центров.

Приезжающие в страну иностранцы смогут сдать анализ прямо в аэропорту – у них возьмут кровь или образцы слюны. Предполагается, что содержащаяся в ней ДНК будет отсеквенирована, а информацию об этом занесут в специальную базу данных. В дальнейшем она будет использоваться для идентификации останков жертв террористического акта, либо для выявления личности преступника.

Кувейт станет первой страной в мире, в которой образцы ДНК будут брать абсолютно у всех. Впрочем, Европейский суд по

правам человека считает подобные базы данных незаконными, так как обязательная сдача образцов ДНК не является необходимостью в демократическом обществе.

Однако власти Кувейта заявляют, что результаты секвенирования ДНК не будут использоваться для каких-либо медицинских исследований, например, изучения генов, связанных с различными заболеваниями. Тот же, кто попытается распространить информацию о базе данных с геномами, может быть приговорён к 7 годам лишения свободы.

Ян РИЦКИЙ.

По информации sciencealert.com

Пожалуй, подобного собрания экспонатов в стране пока немного. Недавно в Брянском медико-социальном техникуме им. Н.М.Амосова торжественно открыт музей здравоохранения и медицинской науки региона.

По словам создателя «кунсткамеры», руководителя Брянской региональной врачебной палаты и главного врача детской городской больницы № 2 Сергея Фетисова, подобная идея давно витала в воздухе. Однако, как всегда, вопрос неизменно упирался в финансовое обеспечение проекта. Что же касается места размещения экспонатов, то сразу решили: музей должен находиться в профильном медицинском лечебном учреждении на улице Калинина. Во-первых, это – историческое здание. Здесь располагался некогда доходный дом известного своей благотворительностью купца Везьмитина, которому, судя по сохранившимся сведениям, обязаны своим образованием немало местных медиков прошлого. И во-вторых. при постоянном дефиците медицинских кадров приобщение будущих врачевателей к истории развития лечебного дела пойдёт только на пользу. Однако трудностей сразу появилось «тысяча

По словам директора техникума Веры Пёховой, прежде всего требовали серьёзного ремонта помещения, где планировалось разместить музей. Потом... Впрочем, оказалось немало этих всевозможных «потом». Однако, скажем прямо, надо отдать должное целеустремлённости и деловым качествам бывшего народного депутата РСФСР и прежнего директора Департамента здравоохранения Сергея Фетисова. Кого надо подключил, что надо сделал.

Теперь каждый из трёх залов музея соответствует определённой вехе в становлении и развитии брянского здравоохранения: земская медицина, советский период с 1917 г. и до середины прошлого века и последнее время. Причём весомый вклад в сбор экспонатов внесли сами брянские медики, главные врачи областных и городских больниц, медицинские сёстры. Чего теперь здесь только нет! Кувез для новорождённых, хирургический стол, современный дефибриллятор и даже приказ, написанный, за неимением другой бумаги, на страницах сборника арифметических задач! Пройдём же по залам музея.

Вот обширная экспозиция, посвящённая развитию земской медицины края. Здесь представлена масса материалов о создании и деятельности Брянского врачебного общества в дореволюционный период, биографии выдающихся деятелей медицины того времени. И хотя о многих где-то доводилось слышать или

Далёкое — близкое

Приглашает музей медицины

Пополнение экспозиции продолжается...



Во время открытия медицинского музея

читать, немало здесь поистине уникальных сведений.

Вот, к примеру, уроженец села Радогощь Дмитровского уезда Орловской губернии (ныне Карачевский район Брянской области) Семён Алексеевич Смирнов. Выпускник медицинского факультета Московского университета, он был первым редактором «Московской медицинской газеты». И, кроме всего прочего, ещё при жизни получил почётное звание «отца русской бальнеологии». (Кстати, известная лечебная минеральная вода «Смирновская» названа в его честь). А вот и основоположник гигиенической науки Алексей Петрович Доброславин. И ещё фамилии, ещё...

А о первой российской женщине-хирурге Вере Игнатьевне Гедройц можно написать книгу. Урождённая княжна, она ушла на Русско-японскую войну в составе Подвижного передового дворянского отряда, проведя за время пребывания в действую-

щей армии сотни сложнейших хирургических вмешательств. Известность Веры Игнатьевны как искуснейшего врача была настолько велика, что перед Первой мировой войной она заняла должность старшего ординатора Царскосельского дворцового госпиталя. Именно княжна обучила сестринскому делу императрицу Александру Фёдоровну и её дочерей Ольгу и Татьяну.

Говорят, что талантливый человек талантлив во всём. Попробовав себя в литературной творчестве, Вера Игнатьевна обратила на себя внимание Р.В.Иванова-Разумника и Н.С.Гумилёва. Подписывая стихи именем своего рано ушедшего из жизни брата Сергея, она вошла в круг поэтов Серебряного века.

...В своё время «Медицинская газета» в корреспонденции «От земского корня...» рассказала о том, что в селе Фошня силами медицинских работников Жуковской ЦРБ был восстановлен

памятник бывшему земскому доктору Николаю Ивановичу Русанову (см. «МГ» № 51 от 16.07.2014). Позднее в корреспонденции «По следам врача Русанова» газета подробно проследила жизненный путь этого настоящего подвижника нелёгкого врачебного дела (см. «МГ» № 57 от 05.08.2015).

Не стоит повторяться, однако отметим, что выпускник Петербургской медико-хирургической академии после участия в Русско-турецкой войне 1877-1878 гг. добровольно (!) променял престижную работу в клинике одного из крупных городов на оказание медицинской помощи населению богом забытой тогда Фошнянской волости Орловской губернии. Там он и сгорел на работе, получив срочный вызов к больному. Гроб с телом земского врача односельчане несли к месту последнего упокоения на руках, а похороны превратились в скорбный митинг. На собранные всем миром деньги тогда и поставили памятник.

Нельзя без волнения рассматривать экспозицию, посвящённую деятельности брянских медиков в годы Великой Отечественной войны и её послевоенного восстановления. Разве может оставить равнодушным судьба выпускника Смоленского медицинского института Павла Гавриловича Незымаева? Возглавив подполье в посёлке Комаричи, он лечил партизан и раненых воинов, освободил от угона в германскую неволю сотни молодых земляков. Выданный предателем, доктор был казнён 8 ноября 1942 г.

А кто не знает имён выдающихся врачей Николая Михайловича Амосова и Александра Алексевича Шалимова! Обоим довелось в своё время работать в Брянской

областной больнице № 1. Оба стали со временем Героями Социалистического Труда, лауреатами всевозможных престижных премий. Но главное – и один и другой внесли выдающийся вклад в развитие отечественной и мировой медицинской науки.

Не обойдена вниманием и подвижническая работа брянских медиков по минимизации последствий чернобыльской аварии, перспективах дальнейшего развития региональной медицины.

...Отвечая на вопросы корреспондента «МГ», основатель музея Сергей Фетисов вновь посетовал на отсутствие нужных средств для дальнейшего развития этого поистине уникального собрания документов.

- Задумки-то большие, - подчеркнул Сергей Николаевич. - Возможно, энтузиасты помогут...

И тут же главный врач Дубровской ЦРБ Владимир Чубыкин передал для хранения в музее поистине уникальный для нашего века космических скоростей документ. Это - «паспорт» некогда принадлежавшей больнице лошади. В послевоенное время, понятно, ни о каком другом транспорте не могло быть и речи. На лошадях и к больным выезжали, и дрова из лесу возили... А потому конь Соловей прошёл соответствующий ветеринарный осмотр, о чём был выдан и соответствующий документ. Есть в этом «паспорте» и отметка о «прописке» в Дубровской ЦРБ. Так-то, пополнение экспозиции продолжается...

Василий ШПАЧКОВ, соб. корр. «МГ».

Брянская область







славин В.Гедройц (в центре) на прославленных медиков с гордостью всп



А.Шалимов инают в Брянске



Н.Амосов

Акценты



За тех, кто шагал по Луне, серьёзно взялись исследователи

Как сказываются на здоровье космические полёты?

В перспективе космические путешествия станут более распространены, поэтому учёные из Университета Флориды (США) выяснили, как сказываются на здоровье и самочувствии участников лунных и орбитальных программ последствия полётов.

Результаты исследования показали, что космические полёты не лучшим образом влияют на печень. Кстати, вы-

яснилось также, что эмбрионы млекопитающих могут делиться в состоянии невесомости.

Учёные наблюдали за здоровьем 24 астронавтов, участвовавших в реализации программы «Аполлон» в период с 1961 по 1972 г. За это время было совершено 11 пилотируемых полётов, 6 из которых завершились высадкой на Луну.

Семеро астронавтов за период наблюдения умерли, причиной смерти троих из них стали

проблемы с сердцем. Авторы исследования отмечают, что риск смерти от сердечно-сосудистых заболеваний для участников лунной программы был в 4-5 раз выше, чем для тех, кто не покидал пределы орбиты Земли.

Проведён также эксперимент на мышах, которых подвергли уровню радиации, сопоставимому с тем, который был получен участниками программы «Аполлон». Примерно через 6 месяцев, что соответствует 20 годам жизни человека, у подопытных грызунов возникли нарушения в работе кровеносных сосудов, характерные для сердечно-сосудистых заболеваний. Исследователи считают, что это указывает на очевидный вред космической радиации для сердца и сосудов.

> Валентин МАЛОВ. МИА Cito!

А ещё был случай

Ведущий специалист

Посвящаю памяти замечательного фельдшера и весёлого человека Сарело Дануты Вацлавовны.

Как не страшила меня, юную специалистку и выпускницу педиатрического факультета Смоленского медицинского института должность врача скорой помощи в городе Лиде Гродненской области, всё же за несколько месяцев работы я попритёрлась, пообвыклась, уверовала в прочность полученных знаний и даже стала брать поддежурки в бригаде. Вот на таком моем дежурстве и произошёл этот случай...

Как сладко спится врачу «хуткой допомоги» — скорой помощи, по-белорусски. С 4 часов утра до часов 12 ночи тебя тормошат самые «подозрительные», после — «истинно больные» пациенты. К 3 часам утра накал страстей и звонков ослабевает. Мозг эскулапа, ничем не обеспокоенный, отказывается бодрствовать, в голове пульсирует одна мыслы: «Спа-а-аа-ать»...

В 4 утра тебя могут вызвать либо к «смертельно больному», либо к «выдающемуся» пациенту.

Вот такой «выдающийся» и выдался мне в 4 часа утра на первом году моей работы. И повод к вызову тоже был «выдающийся»: болит ж....а, обострение геморроя. Этот «повод» меня ужасно оскорбил: мы, врачи скорой помощи, всегда на первом фланге, все самые сложные и трудные случаи, спасаем жизни и решения принимаем по секундомеру, а тут - ну просто оскорбление -«ж....а» какая-то... Но опытная и строгая диспетчер Клава моих негодований не разделяла: «Как сказали, так и написала. Езжай. Колосова. не выпендривайся, не трать напрасно

Как же она была права - насчёт времени, а я - насчёт секундомера. Он был в руках «уважаемого» всеми врачами скорой помощи города Лиды, ветерана труда, а теперь просто гражданина Х. И показывал секундомер «наше крайнее сегодняшнее неуважение» к хозяину - опоздание на 4 минуты относительно какого-то общепринятого медицинского марафона к его дому... «Царственная ж....а» гражданина Х., исстрадавшаяся от геморроя, жаждала привычной ей в это время суток «тройки». А я - да простят меня мои коллеги и пациенты - я жаждала мести! Мести - за неуважение к такому ответственному и сложному труду на «хуткой допомоге». Поэтому наотрез отказалась выполнять требования гражданина Х. и его ж....ы относительно инъекций без надлежащего осмотра. Если первый был обескуражен, то вторая, наверное, польщена таким развитием событий, так как этот её осмотр в 4 часа утра был мне якобы необходим для:
– установления точного и проведения дифференциального диагноза;

подбора адекватной терапии;

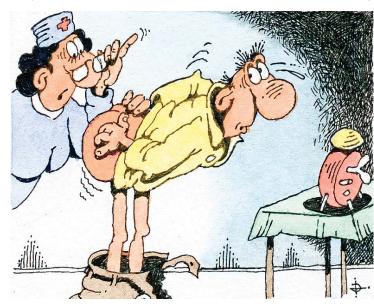
– и т.д. и т.п.

В общем, к беде моей, такого трепетного внимания к Х. и

Ну и видок: голая попа, трясущиеся коленки, прыгающие в мошонке яички... и всё это вот-вот взлетит от энергичных взмахов рук.

Вот чем занимается «пытливый» российский врач в 4 часа утра! Что-то там «диагностирует». А пациент – что-то там «демонстрирует».

И я не в силах остановить эту



его ж. никто ещё не проявлял, и уговаривать долго никого не пришлось. К беде моей... Вы понимаете, коллеги, как может быть «интересен» осмотр этой части тела, да ещё в это время суток, да ещё у стареющего гражданина Х... А предательские институтские знания тебе не вовремя напоминают, что бывают и внутренние геморроидальные узлы, и надо идти на пальцевое исследование. Вот и ковыряйся, Любочка, в чужой ж..., раз такая умная! Могла обойтись «малой кровью», инъекцией «тройки» - анальгина, папаверина и димедрола в одном шприце. Но истина для тебя дороже, так что давай, вперёд! И назад уже хода нет - пациент проникся твоим «интересом» к исследованию.

«Снимите штаны, наклонитесь вперёд и разведите ягодицы руками» – слышу свой безрадостный голос.

«Дай бог чтобы наружный» – витает в голове жизнеутверждающая мысль.

И действительно, наружный узел! Я его уже, голубчика, вижу чётко.

А в это время мой пациент старательно выполняет мои рекомендации, но... неправильно. Он весь в «диагностическом процессе»: оголился до голеней, прогнулся в глубоком реверансе перед моим фельдшером Данутой Вацлавовной, а мне предоставил к созерцанию всё самое ценное. И при этом совершает круговые движения руками, как на производственной гимнастике. Очень старает-

ся, наверное, боится – ошибусь

канитель, я не в силах ничего сказать – меня душит смех.

Ситуацию спасает мой опытный фельдшер. Доверительно кладёт руку на плечо нашему уже «родному» пациенту и доверительным голосом подводит черту этому безумию: «Достаточно».

Через час каждый получает то, что возжелал. Я – долгожданную свободу, ветеран – внутримышечную инъекцию. И уже как приз за безропотность, мои откровенные признания: «Уважаемый Иван Иванович. На скорой помощи, увы, нет ни одного мало-мальского специалиста по геморрою. Идите в поликлинику – иначе мы вас залечим».

И вы знаете, он, похоже, проникся нашему признанию и дошёл до поликлиники со своим драгоценным геморроем, так как перестал по ночам вызывать «скорую», которую доставал до этого, оказывается, почти что год. А может, счёл свои «прикроватные упражнения» наиновейшим методом диагностики и доверился молодому и «суперталантливому» врачу? Не знаю, но итог всех потряс: он больше не вызывал скорую помощь по поводу болей в связи с геморроем.

Это «чудесное излечение» и методы моей «радикальной терапии» стали достоянием гласности благодаря моему фельдшеру Дануте Вацлавовне, и меня скоро все стали называть «ведущим специалистом» по геморрою.

Любовь КОЛОСОВА,

Смоленская область.

Сокровенное

Сонеты о былом и грядущем

Лебединый сонет

Последний лебединый клин Умчался в тёплые края, Но не остался я один – Со мною ты, любовь моя!

Пусть жжёт глаза слепящий зной, Пусть бьёт в лицо колючий снег,

Но нет преград для нас с тобой, Мой самый славный человек!

Да, рядом уж полвека мы, И нет счастливее судьбы, Но от тюрьмы и от сумы Мы зарекаться не должны...

Какая б ни стряслась беда, С тобой мы вместе – навсегда!

Сонет о дорогах

Когда бы мне Всевышний ниспослал Дорогу испытаний и тревоги, Я б шёл, и полз, и падал, и вставал – Но сам добрался б до конца дороги.

А если б мне Всевышний подарил Дорогу испытаний и надежды, Его бы я всю жизнь благодарил, Всем заплутавшим раскрывая вежды.

Но если б мне была дана судьбой Дорога испытаний и победы, Я всех людей повёл бы за собой, Чтобы скорее завершить их беды.

Своим друзьям я посвящаю стих – Им Бог дал три дороги на двоих!

Сонет о былом

Когда я вспоминаю о былом И в сотый раз перебираю даты, Мне снова видится студенческий наш дом, Где мы с тобою встретились когда-то.

С тех пор минуло шесть десятков лет...
И хоть не всё безоблачным в них было,
Я перед совестью смогу держать ответ,
Не опуская к долу глаз уныло.

Нам на грядущее не стоит уповать – Ведь мы с тобою на земле не вечны, Но тем не менее могу тебе сказать: Бог не напрасно одарил нас встречей.

Тому, что прожито, цены сегодня нет... И за грядущее мы сможем дать ответ!

Сонет о горизонте

Когда сидим с тобой на берегу, И льётся песня из любимых губ,

Тебе мелодию допеть я помогу – Ведь я люблю тебя, и сердцем не солгу.

Когда идём с тобой, рука в руке, И чью-то песню слышим вдалеке, Я этой песенке негромко подпою И вновь скажу тебе, что я тебя люблю!

Когда летим с тобой на небеса, И свежий ветер дует в паруса, В его напеве ты услышишь вновь Мои слова, что ты –

моя любовь. Когда за горизонт с тобой

уйдём, Мы всё равно останемся вдвоём!

Сонет о родной земле

Мы в юности, конечно же, мечтали На крыльях журавлей умчаться вдаль... Судьба забросила друзей в такие дали, Откуда возвращаться просто жаль.

За синими далёкими морями Они нашли и стол,

и новый дом, Но очень часто в мыслях рядом с нами Они сидят за дружеским столом.

Им ночью снится милая земля, Куда душа отчаянно стремится. . . В руках трепещет

жирная синица, Но в сердце места нет для журавля.

К далёким берегам родной земли Давно ушли большие корабли . . .

ОБ АВТОРЕ. Николай Чайка – выпускник 1-го Санкт-Петербургского государственного медицинского университета, ведущий научный сотрудник Санкт-Петербургского НИИ эпидемиологии и микробиологии имени Пастера.

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

по неопытности...

Материалы, помеченные значком , публикуются на правах рекламы. За достоверность рекламы ответственность несёт рекламодатель. -10-90, 8-495-681-35-67.

Главный редактор А.ПОЛТОРАК.

Редакционная коллегия: Д.ВОЛОДАРСКИЙ, В.ЕВЛАНОВА, В.ЗАЙЦЕВА, А.ИВАНОВ, В.КЛЫШНИКОВ, Т.КОЗЛОВ, В.КОРОЛЁВ, Д.НАНЕИШВИЛИ, А.ПАПЫРИН, Г.ПАПЫРИНА, В.САДКОВСКИЙ (зам. главного редактора — ответственный секретарь), И.СТЕПАНОВА, К.ЩЕГЛОВ (первый зам. главного редактора).

Дежурный член редколлегии – Д.ВОЛОДАРСКИЙ.

Справки по тел.: 8-495-608-86-95, 8-916-271-10-90, 8-495-681-35-67. Рекламная служба: 8-495-608-85-44, 8-495-681-35-96, 8-967-088-43-55. Отдел изданий и распространения: 8-495-608-74-39, 8-495-681-35-96, 8-916-271-08-13. Адрес редакции, издателя: пр. Мира, 69, стр. 1, пом. XI, ком. 52 Москва 129110. Е-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, p/c 40702810338000085671, к/с 30101810400000000225, БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

Отпечатано в АО «ПК «ЭКСТРА М» 143405 Московская область Красногорский район, г. Красногорс автодорога «Балтия», 23 км, владение 1, дом 1. Заказ № 16-07-00371 Тираж 28 420 экз. Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.

Корреспондент- Благовещенск (4162) 516190; Брянск (4832) 646673; Кемерово (3842) 354140; Нижний Новгород (831) 4320850; Новосибирск 89856322525; Омск (3812) 763392; Самара (8469) 517581; Санкт-Петербург 89062293845; ская сеть «МГ»: Смоленск (4812) 677286; Ставрополь 89288121625; Чита (3022) 263929; Уфа (3472) 289191; Киев (1038044) 4246075; Реховот, Хайфа (Израиль) (10972) 89492675; Ханау (Германия) (1049) 618192124.