

Медицинская

12 февраля 2016 г.
пятница
№ 10 (7630)

Газета®

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

События

Земскому доктору — зелёный свет!

Вероника Скворцова посетила Оренбургскую область



Рабочий визит министра здравоохранения РФ Вероники Скворцовой в Оренбургскую область начался с Орска, где она осмотрела строящийся онкодиспансер и радиологический корпус.

Ситуация с онкологическими заболеваниями, особенно на востоке области, острая. Появление современного онкоцентра на 180 коек позволит обеспечить раннюю диагностику и недостающий лучевой компонент лечения онкозаболеваний, что снизит инвалидность и смертность от болезни. Общий объём инвестиций в строительство нового медицинского учреждения составит 3,5 млрд руб. Вероника Скворцова отметила, что онкоцентр в Орске будет одним из самых

Министр здравоохранения РФ В. Скворцова и губернатор Оренбургской области Ю.Берг во время встречи с медиками городской больницы им. Н.И.Пирогова в Оренбурге

крупных подобных учреждений на территории РФ, оборудованных по последнему слову техники.

Затем состоялась поездка министра в гемодиализный центр и в несколько сельских ФАПов, в том числе построенных по применяемой в регионе модульной технологии. Это направление первичной медико-санитарной помощи чрезвычайно важно для Оренбуржья, где сельское население составляет порядка 40%.

Отвечая на вопросы корреспондента «Медицинской газеты» министр отметила:

— Огромная благодарность губернатору, представителям области

в федеральных органах власти, чьи усилия позволили запустить отдельную программу по развитию сети ФАПов и сельских амбулаторий. Также в качестве меры поддержки сельской медицины мы продолжаем программу «Земский доктор», возрастная ценз в этом году увеличен до 50 лет.

Вероника Игоревна уточнила, что 60% финансирования этой программы возьмёт на себя федеральный бюджет. «Сколько нужно будет врачей по программе, столько средств выделим», — подчеркнула министр.

(Окончание на стр. 2.)



Генрих БИНДЕР,
президент и основатель Европейской федерации нейрореабилитации, профессор:

Надо убеждать политиков в необходимости достичь минимально приемлемого уровня поддержки наших больных.

Стр. 11



Дмитрий ЧЕРДАНЦЕВ,
заведующий кафедрой хирургических болезней КрасГМУ, профессор:

Институт хирургии им. А.В.Вишневского, Российский научный центр хирургии и другие... именно на их базе и следовало бы проводить апробацию всех появляющихся технических новинок российского производства.

Стр. 12

Накануне

Курс — на профилактику

Главной темой X Всероссийского форума «Здоровье нации — основа процветания России», который с 28 по 30 апреля пройдёт в Москве, станут вопросы профилактики заболеваний. Об этом заявил оргкомитет форума, заседание которого состоялось в Государственной Думе РФ.

Участники заседания обсудили вопросы подготовки программы форума, который в этом году будет посвящён здоровой среде и здоровому образу жизни.

Открывая заседание оргкомитета, вице-спикер Госдумы РФ Андрей Исаев отметил: «В мероприятиях форума ежегодно участвуют представители научного и медицинского сообществ, органов власти, общественных организаций, деятельность которых связана с охраной здоровья населения. Такой формат позволяет нам не только продемонстрировать передовые достижения и обменяться опытом, но и вырабатывать на площадках форума конкретные решения, направленные на улучшение состояния здоровья наших граждан».

По словам А.Исаева, здоровье людей, как приоритетный вопрос, постоянно находится в центре внимания и государства, и общества. «Государственная политика в сфере охраны здоровья в последние годы дала определённые положительные результаты, — заявил парламентарий. — Этому немало способствовала реализация Национального проекта «Здоровье». И об этом свидетельствуют многие показатели — строительство новых больниц, расшире-

ние масштабов высокотехнологичной медицинской помощи, реализация программ, направленных на кадровое обеспечение отрасли».

Вице-спикер отдельно остановился на итогах реализации программы «Земский доктор», которая позволила привлечь в села 15 тыс. молодых врачей. «С этого года эта программа расширяет своё действие. В неё теперь, кроме сельских поселений, включены также посёлки городского типа, а предельный возраст лиц, которые могут воспользоваться соответствующим грантом, увеличен», — сказал А.Исаев.

По его мнению, ключевой проблемой российской системы здравоохранения является то, что она ориентирована на лечение, а не на профилактику болезней.

X Всероссийский форум «Здоровье нации — основа процветания России» пройдёт в выставочном комплексе «Гостиный двор». Программа форума традиционно предусматривает проведение секций по актуальным проблемам здравоохранения, социальной и демографической политики, развития образования и массового спорта, охраны окружающей среды. Помимо этого, в рамках форума ежегодно проходит Всероссийская выставка-смотр федеральных и региональных социальных проектов, реализуемых в сфере формирования здорового образа жизни и охраны здоровья, обеспечения экологической безопасности, развития образования, физкультуры и спорта.

Константин ЩЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

Новости

50 000 медицинских масок

Именно такое количество индивидуальных средств защиты органов дыхания от бактерий и вирусов, передающихся воздушно-капельным путём, раздали за несколько часов петербургские волонтеры в Выборгском районе.

Профилактическая акция «Осторожно, грипп!» у станций метро «Лесная», «Выборгская», «Парнас», «Проспект Просвещения», «Озерки», в которой с удовольствием участвовали добровольцы из молодёжных объединений,

состоялась по инициативе главы района Валерия Гарнецца. Её целью было напомнить жителям мегаполиса о необходимости соблюдать меры личной безопасности в период эпидемии гриппа, в том числе при поездках на самом массовом транспорте Северной столицы — метро, и не пренебрегать маской в случае наступившей болезни.

Приобретение отделом здравоохранения Выборгского района большой партии одноразовых повязок на лицо, закрывающих нос и рот,

стало возможным благодаря доброй воле ряда страховых медицинских организаций, которые выступили спонсорами. Профилактическая акция пришла и в школы района, где в классах также раздавались медицинские маски, а приглашённые врачи рассказывали о путях передачи и симптомах заболевания гриппом.

Владимир КЛЬШНИКОВ,
соб. корр. «МГ».

Санкт-Петербург.

Новости

Ближе к науке

Минздравом России разработан порядок взаимодействия национальных научно-практических медицинских центров с научными организациями, находящимися в ведении ФАНО.

Взаимодействие будет организовано на основании двусторонней договорённости, что усилит межведомственное сотрудничество и позволит ускорить процесс внедрения научных разработок в медицинскую практику.

Национальные научно-практические медицинские центры, сотрудничая с научными организациями, ежегодно будут формировать и утверждать планы совместной работы. В свою очередь Минздравом России будет осуществляться постоянный мониторинг реализации данных планов.

Алексей ГАЛИН.

Москва.

Ситуация среди заключённых стабильная...

Столичные хирурги, работающие в системе службы исполнения наказаний, получили лицензию, которая позволит им оперировать заключённых. Об этом сообщает столичное Управление Федеральной службы исполнения наказаний. «Скоро уже не придётся вывозить арестованных в городские клиники. У нас есть своя общая анестезия, практически нет дефицита препаратов, – заявил глава управления Игорь Клименов. – У нас есть задумки – создать и применить лазерную медицину, например лазерное очищение крови. Хотим сделать московскую медицину ФСИН лучшей в стране». По словам И.Клименова, ситуация с заболеваемостью и смертностью в СИЗО стабильная.

Все, кто поступает в СИЗО, проходят флюорографию, проверку на ВИЧ и гепатит. Уделяется особое внимание выявлению суицидальных наклонностей. Сегодня эпидемии гриппа в московских следственных изоляторах нет.

В 2014 г. российские тюрьмы перешли на новую систему медобслуживания. Как отмечается в сообщениях ФСИН, благодаря проведённой реформе за это время удалось добиться снижения смертности в местах лишения свободы. При этом количество умерших от туберкулёза в тюрьмах сократилось на 18%.

Ян РИЦКИЙ.

Москва.

Планы – амбициозные

Крупнейший на территории Сибирского федерального округа онкологический диспансер – Иркутский – готов расширить спектр оказываемых здесь видов помощи. По информации главного врача, доктора медицинских наук Виктории Дворниченко, весной 2016 г. начнёт принимать пациентов вновь созданное отделение высокотехнологичной химиотерапии и трансплантации костного мозга. До сих пор жители региона, нуждающиеся в таком лечении, отправлялись в столичные регионы или за рубеж.

Как пояснила главный врач онкодиспансера, на первом этапе в отделении будет проводиться аутотрансплантация заранее заготовленных стволовых клеток пациента. Но уже в ближайшее время здесь планируют развивать работу лаборатории тканевого типирования, это даст возможность сформировать региональный регистр доноров костного мозга, затем войти в национальный регистр и перейти к технологии трансплантации донорских стволовых клеток.

Елена БУШ.

Иркутск.

Детям Магадана – своё меню

Меры профилактики заболеваемости ОРВИ и гриппом усиливают в детских садах Магадана. Заместитель мэра Магадана Юрий Казетов проверил, как проводится эта работа в школе – детском саду № 72.

В образовательном учреждении работает плавательный бассейн, принята собственная оздоровительная программа, которая предусматривает прогулки на свежем воздухе, занятия физической культурой и дополнительную витаминизацию меню. Сегодня детский сад посещают 130 малышей, а начальную школу 68.

По словам и.о. руководителя школы – детского сада № 72 Аллы Вакулюк, вовремя принятые профилактические мероприятия позволили не допустить роста простудных заболеваний.

Николай РУДКОВСКИЙ.

Магадан.

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



4 февраля 2016 г. после тяжёлой, продолжительной болезни на 76-м году жизни скончался член-корреспондент РАН, профессор **Фёдор Львович КИСЕЛЁВ** – выдающийся вирусолог, учёный с мировым именем, долгое время руководивший отделом трансформирующих генов опухолей НИИ канцерогенеза Онкологического научного центра им. Н.Н.Блохина.

Фёдор Львович Киселёв – один из основоположников молекулярной онкологии в нашей стране, автор пионерских работ по исследованию вирусных онкогенов и онковирусов, изучению вируса папиллом человека.

Талантливый учёный, педагог и замечательный человек, Фёдор Львович Киселёв навсегда останется в памяти его коллег, учеников и друзей.

Проекты

Северный Кавказ обретает новое лицо

Сюда приходят высокие медицинские технологии



Создание на территории Кавказских Минеральных Вод медицинского кластера призвано восполнить потребности жителей Северо-Кавказского федерального округа в высокотехнологичной медпомощи. Проект его строительства рассмотрели в Министерстве РФ по делам Северного Кавказа.

Будущий кластер должен стать федеральным медицинским центром и привлечь пациентов со всей страны. Предполагается, что его мощностей хватит и для приёма зарубежных медицинских туристов.

Как предусматривается, кластер будет состоять из медицинского университета, университетской клиники и научно-исследователь-

Уже сегодня медики Северного Кавказа на деле готовятся к созданию на своей территории нового федерального медицинского центра

ского центра. Также будут построены три лечебных учреждения: центр малоинвазивной хирургии непродолжительного пребывания, центр абдоминальной хирургии и клиника матери и ребёнка. На базе этих учреждений будут проходить практику студенты и аспиранты нового вуза. Для подготовки среднего медперсонала намечено создать специальное учебное заведение. Кроме того, планируется организовать 7 оздоровительных центров на базе санаториев Северо-Кавказского федерального округа.

Министр по делам Северного Кавказа Лев Кузнецов считает, что

основное внимание в реализации проекта медкластера следует уделить развитию бальнеологии. «Расположение его именно на территории Кавказских Минеральных Вод, где находится большое количество природных источников минеральной воды, делает этот проект уникальным в своём роде», – отметил он.

Предполагается, что медицинский кластер позволит создать к 2020 г. больше 15,5 тыс. рабочих мест.

Иван МЕЖГИРСКИЙ.

МИА Cito!

События

Земскому доктору – зелёный свет!

(Окончание. Начало на стр. 1.)

В Оренбурге у Вероники Скворцовой состоялась встреча с коллективом первичного сосудистого центра в городской клинической больнице им. Н.И.Пирогова. Она высоко оценила профессионализм специалистов и проводимые там операции. Побывала министр и на стройплощадке будущего областного перинатального центра, который планируется сдать в эксплуатацию в этом году. Структура нового медучреждения полностью соответствует современным требованиям, предъявляемым к третьему уровню оказания медицинской помощи беременным и новорождённым.

Завершился визит высокого гостя селекторным совещанием по вопросам организации первичной медико-санитарной помощи и медицинской профилактики в регионе. В совещании также приняли участие губернатор Оренбургской области Юрий Берг, заместитель

министра здравоохранения РФ Татьяна Яковлева, руководитель Федеральной службы Росздравнадзора Михаил Мурашко, министр здравоохранения Оренбургской области Тамара Семивеличенко. В обсуждении в режиме реального времени участвовали главы муниципальных образований, руководители медицинских организаций области и специалисты первичного звена.

Во вступительном слове В.Скворцова отметила положительные результаты, которых добились в системе областного здравоохранения:

– Ваша заслуга в том, что по итогам 2015 г. общая смертность населения, проживающего в Оренбургской области, снизилась. Особые слова благодарности вашей команде, которая занимается вопросами материнства и детства – здесь регион достиг очень важных положительных результатов, снизив на 29% младенческую

смертность, а также материнскую и детскую.

Среди проблем, над которыми в здравоохранении области ещё предстоит поработать, была названа наркомания и связанные с ней заболевания. Также одной из основных задач этого года станет переход на новую систему аккредитации и дальнейшего улучшения качества и доступности медицинской помощи.

В заключение министр вручила награды и грамоты оренбургским медикам. Среди них из рук министра нагрудный знак «Отличник здравоохранения» получила и медицинская сестра ФАП села Ново-Потоцкое Наталья Нетесова, принявшая роды и фактически спасшая мать и новорождённого ребёнка в недавней чрезвычайной ситуации на трассе Оренбург – Орск.

Анна КАБИКОВА,
спец. корр. «МГ».

Оренбург.

Официально

Ольга Голодец: «Фарминдустрию поддержим»

Правительство России не получало жалоб на приостановку выпуска лекарственных препаратов, входящих в список жизненно необходимых и важнейших (ЖНВЛП). Тем не менее кабинет министров считает нужным выделить дополнительные средства на поддержку отечественной фарминдустрии, сообщила заместитель председателя Правительства РФ Ольга Голодец.

«По данным Росздравнадзора, ситуация у нас приемлемая», – сказала она, комментируя со-

общения СМИ о том, что выпуск ряда лекарств из списка ЖНВЛП, цены на которые регулирует Правительство, приостановлен из-за нерентабельности.

По её словам, на поддержку импортозамещающего производства лекарств и производства препаратов из списка ЖНВЛП может быть направлено от 15 до 20 млрд руб.

«Мы решили вместе с экономическим блоком провести в ближайшее время совещание, в том числе с производителями лекарств, и проверить ситуацию, которая сложилась, подобрать

адекватные меры, чтобы у нас не было сбоев», – информировала О. Голодец.

Ранее СМИ сообщали о намерении Правительства направить в рамках нового антикризисного плана на поддержку лекарственного обеспечения граждан 16 млрд руб. По их сведениям, такие предложения встретили критику со стороны Министерства финансов РФ, предлагавшего ограничиться текущими расходами.

Игорь БАЛТЯНСКИЙ.

МИА Сити!

Акции

Для всех желающих

В подмосковной Дубне Министерство здравоохранения Московской области и областной центр медицинской профилактики провели акцию, посвящённую Всемирному дню борьбы против рака.

С самого утра в здании администрации города были организованы скрининговые обследования для всех желающих. Врачи центра здоровья консультировали по вопросам профилактики

онкологических заболеваний и коррекции факторов риска, в холле были размещены информационные стенды и плакаты.

Врачи приняли участие в научно-практической конференции, посвящённой актуальным аспектам профилактики, раннего выявления и лечения онкологических заболеваний. В своём докладе главный специалист по медицинской профилактике Центрального федерального округа РФ и Минздрава Московской

области Екатерина Иванова подчеркнула значимость повышения эффективности деятельности первичного звена здравоохранения в формировании здорового образа жизни и профилактике рака. Всего в мероприятии приняли участие более 250 человек.

Максим ОВЧАРЕНКО,
врач-методист
Московского областного центра
медицинской профилактики.

Дубна.

Решения

Миллионы для льготников

В 2016 г. на обеспечение отдельных категорий граждан лекарственными препаратами, медицинскими изделиями и специализированными продуктами лечебного питания Алтайский край получит из федерального бюджета субвенцию в размере более 494 млн руб.

Распоряжение о распределении субвенций из федерального бюджета бюджетам субъектов РФ в 2016 г. было подписано председателем Правительства РФ Дмитрием Медведевым. По сравнению с прошлым годом эта сумма увеличилась на 6%. Дополнительно на лекарственное обеспечение жителей Алтайского края региону выделен межбюд-

жетный трансфер в размере 216 млн 505 тыс. руб. В результате ежемесячный финансовый норматив на одного льготника в этом году составит 758 руб., что на 7% выше прошлогоднего (653,51 руб.). Всего же в крае в нынешнем году право на соцпакет сохранили 53 753 льготника.

В целях обеспечения медицинских организаций региона лекарственными средствами и медицинскими изделиями на год Главным управлением Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности совместно с Центром государственного заказа в сфере здравоохранения Алтайского края проведены аукционы на поставку указанной продукции.

– Проверенная на практике система госзакупок на год позволила в нынешних непростых условиях создать определённый годовой резерв, который при необходимости можно использовать раньше означенного времени, зафиксировать цену на весь финансовый год и свести к минимуму зависимость от нестабильности валют, планомерно проводить дополнительные закупки на экономию средств при возникших новых обстоятельствах, – сообщила начальник отдела лекарственного обеспечения и фармацевтической деятельности Елена Кравец.

Алёна ЖУКОВА,
спец. корр. «МГ».

Алтайский край.

Профилактика

В пример остальным регионам

Заболееваемость гриппом в Москве ниже, чем в среднем по России. Об этом сообщил мэр столицы Сергей Собянин в ходе заседания президиума правительства города. «У нас не очень благоприятная ситуация по заболеваемости ОРВИ, гриппом. Москва переживает отчасти кризисную ситуацию, хотя она лучше значительно, чем в других регионах, тем не менее, ситуация сложная», – заявил столичный глава.

Руководитель столичного Департамента здравоохранения Алексей Хрипун в свою очередь доложил, что ситуация с

заболеваемостью гриппом в Москве находится на стабильном уровне. «Неделю назад мы преодолели пороговый уровень эпидемиологический в основном за счёт детей – примерно на 40% в категории от 3 до 6 лет. В остальных детских категориях не выше 10%, – отметил чиновник. – У взрослых неделю назад мы не достигли порога эпидемиологического примерно на 4%. И тем не менее мы ввели ряд ограничительных мер неделю назад, в том числе ограничили посещение родственниками пациентов в наших стационарах. Увеличили рабочий график поликлиник до 6-дневной недели,

в том числе увеличили количество специалистов, которые работали по ОРВИ и гриппу, по приёму населения, количество бригад, которые выезжают на вызовы», – добавил он.

А. Хрипун также подчеркнул, что эпидемиологическую ситуацию удалось удержать на стабильном уровне в том числе и за счёт предварительной вакцинации. «Среди тех, у кого подтверждён лабораторный диагноз гриппа, нет ни одного, кто привит. Осенью мы привили 36% населения», – резюмировал он.

Марк ВИНТЕР.

МИА Сити!

Признание

Объявлена благодарность Правительства РФ

За участие в комплексе противозидемических мероприятий и диагностике лихорадки Эбола распоряжением № 109-р Правительства России объявлена благодарность ряду сотрудников противочумного института «Микроб» Роспотребнадзора.

«Микроб – крупнейшее научно-исследовательское учреждение, организационно-методический центр по санитарно-эпидемиологической охране территории Российской Федерации от завоза и распространения особо опасных инфекционных болезней.

После ликвидации вспышки лихорадки Эбола специалисты и учёные Роспотребнадзора остаются в Гвинее для изучения опасных инфекций.

Роспотребнадзор продолжит оказывать помощь и развивать научно-техническое сотрудничество

Соб. инф.

Однако

Грядёт налог на сахар?



Всемирная организация здравоохранения получила от Комиссии по ликвидации детского ожирения (ЕЧО) данные о распространённости детского ожирения с рекомендациями по снижению темпов роста числа детей до 5 лет, страдающих избыточным весом или ожирением.

Согласно отчёту ЕЧО, на планете больше 41 млн таких детей, причём большинство из них проживает в странах с низким и средним уровнем дохода. В 1990 г. избыточный вес имели 4,8% детей до 5 лет. К 2014 г. слишком полных детей стало 6,1%. В количественном выражении число их выросло с 31 млн до 41 млн. В странах с доходами ниже среднего ребяташек, страдающих избыточным весом, увеличилось более чем в два раза – с 7,5 млн до 15,5 млн. В 2014 г. почти половина (48%) мальчиков и девочек до 5 лет с лишним весом или ожирением проживала в Азии, одна четверть от общего числа – в Африке.

По данным отчёта, множество детей растут в условиях, стимулирующих набор избыточного веса и ожирение. На вес детей влияют

глобализация и урбанизация, нездоровая среда. Комиссия сочла распространение вредной пищи и напитков одним из ключевых факторов увеличения числа детей с избыточным весом и ожирением, особенно в развивающихся странах.

ЕЧО рекомендует государствам пропагандировать здоровое питание. При этом правительствам следует всячески ограничивать потребление молодым населением вредной еды и напитков с повышенным содержанием сахара. Как считает комиссия, эффективной мерой может быть введение налога на сладкие напитки. Борьба с сахарной зависимостью с помощью налогов уже начали Мексика, Чили и Франция. Великобритания собиралась последовать их примеру, но премьер-министр страны Дэвид Кэмерон выступил против налога на сахар.

Комиссия также советует правительствам стран ВОЗ пропагандировать физическую активность и следить за состоянием здоровья беременных.

Иван ВЕТЛУГИН.

МИА Сити!

Развитие проекта «Вежливая регистратура», а также эпидемиологическая ситуация по ОРВИ и гриппу обсуждены на всероссийском селекторном совещании, которое провела в Доме Правительства вице-премьер Ольга Голодец.

«Ещё раз хочу обратить внимание на эпидемиологическую ситуацию. Я прошу доложить мне обо всех самых сложных случаях. Зона риска сегодня – дети, беременные и пожилые люди. Сейчас необходима концентрация на работе по стабилизации эпидемиологической ситуации», – подчеркнула перед началом совещания заместитель председателя Правительства РФ.

Как сообщила О. Голодец, вопрос о 100%-ной оплате листов временной нетрудоспособности во время эпидемии гриппа и ОРВИ не рассматривается. «У нас сегодня есть всё, чтобы противостоять эпидемии. Здесь нужен просто очень жёсткий контроль, потому что, когда мы говорим о дополнительных выплатах по больничным, тут же встает вопрос о дополнительных страховых взносах. Сразу возникает серьёзный дисбаланс. Мы справимся с ситуацией в рамках действующего законодательства», – пояснила вице-премьер.

С предложением о пересмотре порядка начисления выплат при получении больничных листов в случае общественно опасных инфекционных заболеваний ранее выступил председатель Комитета Совета Федерации по Регламенту и организации парламентской деятельности Вадим Тюльпанов.

По словам заместителя министра здравоохранения Татьяны Яковлевой, сегодня жалобы поступают не столько на качество оказания медицинской помощи, сколько на

Перемены

Вежливо и открыто

Регистратуры будут работать по единому стандарту



Поликлиника начинается с регистратуры

грубость и неэтичное поведение медицинских работников. «Как театр начинается с вешалки, так у нас поликлиники начинаются с регистратур. 2015 г. был полностью посвящён конкурсу «Вежливая

регистратура». Оценивалось всё: внешний вид сотрудников, оформление регистратур, доступность документов, наличие электронной и дистанционной записи пациентов, наличие сайта, инфоматов», – рас-

сказала Т. Яковлева. По её словам, конкурс проводился по единым условиям, предполагающим независимую оценку пациентами целого ряда важных критериев. В нём приняли участие 73 региона,

номинаровавшие более 270 организаций. Итогом конкурса стал выбор 10 лучших регистратур страны, из которых независимая комиссия, включающая представителей профессионального и пациентского сообществ, выберет победителей.

Об успешной реализации проекта «Вежливая регистратура» в своих регионах на совещании доложили руководители Тюменской, Томской и Калужской областей. В частности, в Томской области в поликлиниках были усовершенствованы зоны ожидания, убраны перегородки между сотрудниками регистратуры и пациентами. В Тюменской области для записи к врачу было разработано мобильное приложение. В Калужской области повышена доступность информации по всем направлениям деятельности медицинской организации, усовершенствована система хранения медицинских документов.

По итогам совещания О. Голодец поручила в течение 3 месяцев разработать единые стандарты работы регистратур. «В тех регионах, где эта работа проведена, мы видим повышение уровня удовлетворённости населения работой поликлиник», – отметила вице-премьер.

Иван ВЕТЛУГИН.

МИА Сити!

Острая тема

Прокуратура не замедлила с проверкой

Что же произошло в Белгороде?

Прокуратура Белгородской области провела проверку в городской больнице № 2, где в приёмном отделении хирург в ходе драки убил пациента – об этом на днях широко сообщали средства массовой информации.

По сведениям надзорного ведомства, такой выезд на место с привлечением специалистов управлений Роспотребнадзора, Росздравнадзора, Департамента здравоохранения и социальной защиты населения области, Гострудинспекции, Фонда обязательного медицинского страхования, органов пожарного надзора и наркологического контроля выявил серьёзные нарушения в работе больницы. Они касаются соблюдения трудового законодательства, сроков информирования органов внутренних дел о поступлении пациентов, которым причинён вред здоровью в результате противоправных действий, порядка обращения с наркотическими и психотропными веществами и многих других позиций. Что касается анализа медицинской документации с привлечением аккредитованных экспертов в области анестезиологии-реаниматологии, хирургии, то и здесь выявлены нарушения стандартов оказания медицинской помощи – поступившему 29.12.2015 в приёмное отделение больницы Е. Вахтину (по факту смерти которого органом следствия возбуж-

дено и расследуется уголовное дело в отношении врача Ильи Зелендинова).

Например, в журнале учёта приёма больных при осмотре этого пациента в приёмном отделении хирургического корпуса хирургом не указано время осмотра, не отражены тяжесть состояния, гемодинамические показатели (пульс, кожные покровы), не установлен предварительный диагноз, не обосновано назначение консультации врача терапевта и невролога. Отсутствует запись о способе и условиях перемещения больного в терапевтическое отделение. Журнал осмотра приёма больных не содержит записи осмотра врача приёмного отделения терапевтического корпуса, времени и причины ухудшения состояния пациента, обоснования вызова анестезиолога-реаниматолога, данных о проведении реанимационных мероприятий силами медицинского персонала приёмного отделения и их эффективности.

Представленный в акте смерти пациента в приёмном отделении перечень реанимационных мероприятий на этапе транспортировки в отделение реанимации не содержит хронологии их проведения, оценки их эффективности. Не указаны данные объективного осмотра врачом анестезиологом-реаниматологом при госпитализации в отделение реанимации, не детализирована интенсивная

терапия, отсутствуют данные о проведении ЭКГ-мониторинга.

Медицинская сестра, проводившая процедуру промывания желудка Е. Вахтину, принята на работу на 0,25 ставки медицинской сестрой приёмного отделения, является студенткой 5-го курса мединститута. Выписка из протокола о сдаче ею экзамена по допуску к осуществлению медицинской деятельности как лица, не завершившего освоение основных образовательных программ высшего медицинского или высшего фармацевтического образования, в ходе проверки не представлена.

В нарушение приказа Минздрава России № 919н от 15.11.2012 в отделении анестезиологии и реанимации вместо 14 аппаратов искусственной вентиляции лёгких с увлажнителем и монитором параметров дыхания имеется в наличии лишь 6. Электростимулятора не имеется.

В операционном блоке хирургического отделения отсутствуют дифибриллятор и иное необходимое медицинское оборудование.

При этом руководством больницы меры к приведению в соответствие с приказами Министерства здравоохранения РФ палат хирургического отделения и отделения анестезиологии и реанимации, операционной (операционного блока) не принимались.

По данному факту возбуждено дело об административном правонарушении, предусмотренном

ст. 19.20 КоАП РФ – осуществление деятельности, не связанной с извлечением прибыли, с нарушением требований и условий, предусмотренных специальным разрешением (лицензией).

В медицинском учреждении повсеместно нарушались требования закона, предусматривающие ограничения в привлечении медицинского персонала к сверхурочным работам, их оплате. К примеру, хирург И. Зелендинов за 2015 г. отработал сверхурочно 468 часов, что в 4 раза превышает годовую норму (120 часов в год, установленных ст. 99 Трудового кодекса РФ).

Установлены факты неисполнения медицинским учреждением требований приказа Минздрава России № 565н от 17.05.2012 о письменном в течение одного рабочего дня информировании правоохранительных органов о применении к Е. Вахтину насилия. Направлена лишь телефонограмма.

Прокуратурой Белгорода главному врачу городской больницы № 2 внесено представление для устранения выявленных нарушений. В отношении ответственных должностных лиц больницы возбуждено 4 дела об административных правонарушениях, 2 из которых по ст. 5.27 КоАП РФ (нарушение законодательства о труде), одно по ст. 13.11 КоАП РФ (нарушение установленного законом порядка сбора, хранения, использования или распространения информации о гражданах (персональных данных)) и одно по ст. 19.20 КоАП РФ.

Рассмотрение актов прокурорского реагирования и реальное устранение нарушений закона находится на контроле прокуратуры Белгородской области.

Алексей ПАПЫРИН,
спец. корр. «МГ».

Белгород.

Проекты

Министерство труда и социальной защиты РФ предложило проходить альтернативную гражданскую службу в медицинских учреждениях Федерального медико-биологического агентства – федерального органа исполнительной власти, находящегося в ведении Министерства здравоохранения РФ.

Альтернативная служба –

в медучреждениях ФМБА

Согласно документу, альтернативную службу можно будет проходить на должностях санитаров, акушеров, медсестёр, фельдшеров и фельдшеров-лаборантов, рентгенлаборантов, медицинских психологов и медицинских техников, а также врачей разного профиля – от врачей общей практики и педиатров, в том числе участковых, до специалистов узкого профиля и психиатров-наркологов.

Местами прохождения альтернативной службы станут 15 медучреждений ФМБА в разных регионах, включая Москву, однако в списке отсутствуют федеральные учреждения, подчинённые Минздраву России. Целый ряд регионов готов принять «альтернативщиков» в свои больницы разного профиля – от поликлиник и ЦРБ до онкодиспансеров и психоневрологических интернатов. Однако число таких мест в разных регионах отличается в разы.

Кроме того, не все регионы представили список учреждений, в которых смогут работать граждане, избравшие альтернативную службу. Их нет, например, в Брянской, Ивановской, Орловской областях. Избравшие альтернативную службу должны будут нести её в течение 21 месяца без права увольнения.

Игорь ГЕРБИНСКИЙ.

МИА Сити!

Полностью оплачивать листок временной нетрудоспособности, если человек заболел гриппом или другим опасным инфекционным заболеванием, предлагают в Совете Федерации. Трудовой стаж при этом не должен иметь значения.

Россияне переносят грипп «на ногах»

Сейчас работнику на больничном выплачивают 100% среднего заработка, если его стаж больше 8 лет. Стаж от 5 до 8 лет даёт право на пособие в размере 80% от среднего заработка, менее 5 лет – 60%.

«По оценкам экспертов, менее 20% работающих россиян в случае заболевания берут больничный лист», – отмечается в обращении, которое направил вице-премьеру РФ Ольге Голодец председатель Комитета Совета Федерации по регламенту и организации парламентской деятельности Вадим Тюльпанов, сообщила пресс-служба сенатора. По его мнению, из-за существующих правил начисления выплат большинство россиян предпочитают «не закливать» на опасной инфекции.

Вместе с тем 100% выплаты по больничному листу, полагает В.Тюльпанов, следует применять «только в экстренных ситуациях, когда речь идёт об инфекционных общественно опасных заболеваниях, и не более чем на 10 дней в год». «Остальные больничные можно продолжить рассчитывать по существующей схеме», – считает он.

«Острая эпидемиологическая ситуация, сложившаяся сегодня во многих регионах России и имеющая тенденцию к ежегодному повторению, диктует изменения в сформировавшуюся правовую схему и страховую практику», – цитирует обращение сенатора его пресс-служба. По его мнению, распространяется «практика замены «больничных» дней днями из очередного отпуска, что также отрицательно сказывается на производительности труда и работоспособности граждан».

В.Тюльпанов считает также необходимым увеличить сумму выплат за «больничные» дни. По его мнению, это «станет стиму-

лом для заразившихся граждан соблюдать правила карантина и не переносить болезнь в офис, транспорт, общественные места, а принимать лечение на дому или в стационаре. Это положительно скажется и на непосредственно их здоровье, и на здоровье окружающих», – уверен он.

Председатель Комитета СФ по регламенту и организации парламентской деятельности просит заместителя председателя Правительства РФ дать поручение

гриппа правильная, но реализовать её в этом сезоне уже вряд ли успеют, считает первый заместитель председателя Комитета Госдумы по охране здоровья Николай Герасименко.

– В принципе идея правильная, потому что это именно острая инфекция, опасная для окружающих, важно не заражать других, – сказал он. – Поэтому я поддерживаю эту идею. Вопрос только в том, что сейчас уже

объёмы. Самое главное, что один заболевший гриппом заражает порядка 10 человек. Здесь не будет перерасхода фонда. Сезонным за счёт того, что будут меньше заболеть другие», – отметил депутат.

По данным Всемирной организации здравоохранения, сезонный грипп ежегодно вызывает от 3 до 5 млн случаев тяжёлой болезни и приводит к 250-500 тыс. смертей.

В России, где на долю гриппа

нашей стране болеют 30 из 145 млн человек, то есть практически каждый пятый. Высокая заболеваемость гриппом в 2016 г. и растущее число летальных случаев, вероятно, объясняются мутацией вируса гриппа АН1N1. Об этом говорят специалисты НИИ гриппа после проведения лабораторных исследований, в ходе которых выяснилось, что почти 40% исследованных образцов вирусов гриппа имеют изменения генома. Эти изменения не учтены в вакци-

Ситуация

Гриппозный вопрос

В эпидемию «больничной» надо оплачивать полностью?



Учёные дождались сильнейшую за последние десять лет эпидемию гриппа

Министерству труда и социальной защиты и Министерству здравоохранения РФ проработать данный вопрос, а также иные механизмы, направленные на ограничение выхода на рабочие места работников с опасными для окружающих инфекционными диагнозами.

Реализовать инициативу в этом сезоне не удастся

Идея 100%-ной оплаты больничных в период эпидемии

не успеют в этот сезон. Грипп скоро пойдёт резко на спад.

Депутат пояснил, что если сенаторы выдвинут такую законодательную инициативу, пока она пройдёт все процедуры, реализовываться в случае принятия ей придётся только в следующем году. Но, по его мнению, механизмы работы Фонда социального страхования, из бюджета которого оплачиваются больничные, позволяют осуществить эту идею. «Это не такие большие

приходится около 75% всех респираторных вирусов, циркулирующих в стране, в этом сезоне от гриппа зарегистрировано 70 летальных исходов. Эпидемия и карантин уже объявлены в 47 регионах. Как сообщает пресс-служба Роспотребнадзора, «по результатам вирусологического мониторинга, в структуре циркулирующих респираторных вирусов значительно увеличилась доля вирусов гриппа (до 75%) с преобладанием вируса гриппа АН1N12009. Доля других вирусов гриппа (АН3N2 и В) в структуре идентифицированных вирусов гриппа незначительна».

Зарегистрировано превышение эпидемического порога (без превышения эпидемического порога по субъекту) во Владимире, Курске, Сыктывкаре, Калининграде, Казани, Чебоксарах, Самаре и Екатеринбурге. В связи с эпидемией приостановлен учебный процесс в детских образовательных учреждениях в Адыгее, Карачаево-Черкесии, в Якутске, Смоленске, Воронеже и Тамбове и других городах и сёлах. 26 января объявлена эпидемия гриппа в Москве, в связи с чем в городе введён карантин.

Сейчас гриппом и ОРВИ в

нах, которыми прививали россиян перед началом эпидемии.

И хотя за последние годы «свиной вирус» стал менее агрессивным, учёные ожидают сильнейшую за последние 10 лет эпидемию гриппа и призывают к бдительности.

Новости о смерти пациентов от гриппа и его осложнений продолжают поступать практически из всех регионов страны. Главный терапевт Минздрава России, руководитель НИИ пульмонологии Александр Чучалин отмечает, что ежегодно от осложнений после гриппа умирает 1,5-2 тыс. человек. «Врачи первичного звена должны более активно включаться, выявлять больных, назначать адекватное лечение, чтобы болезнь не распространялась, – говорит он. – Есть тяжёлые случаи, которые привели к смертельным исходам. Среди летальных случаев много тех, которые можно было предотвратить».

В Роспотребнадзоре прогнозируют, что заболеваемость гриппом и ОРВИ в России пойдёт на спад через 2-3 недели. По данным ведомства, ежегодно гриппом и ОРВИ в России болеют до 30 млн россиян.

Константин ЦЕГЛОВ, обозреватель «МГ»

На контроль!

Под присмотром губернатора

Грядут масштабные проверки больниц

В Амурской области стартуют массовые проверки в сфере здравоохранения. Их проведут контрольно-счётная палата, территориальный фонд обязательного медицинского страхования региона, а также Министерство финансов области. Примечательно, что начнут проверки непосредственно с Министерства здравоохранения Приамурья.

В список вошли, в том числе, и больницы, о проблемах которых секретарь регионального отделения партии «Единая Россия» Константин Дьяконов рассказал на встрече с губернатором. В частности, речь шла о стимулирующих выплатах (их недоплате) на станциях скорой помощи, а также в областной клинической больнице. К.Дьяконов указал также и на факты неэффективного использования бюджетных средств в одной из больниц.

– Достигнуты неплохие показатели в медицине, но сигналы идут с мест – это вопросы по заработной плате, жалобы на нехватку лекарств, ненадлежащее оказание медицинской помощи. Если причиной жалобы стала ошибка должностного лица, то оно должно отвечать в рамках законодательства, – отметил губернатор Приамурья Александр Козлов.

В первую очередь проверяющих, контролирующие органы будут интересоваться вопросы, касающиеся оплаты труда, закупок лекарственных препаратов и медицинского оборудования. Кроме этого, специалисты контрольно-счётной палаты обратят внимание и на закупки продуктов питания для медучреждений.

– Основной акцент при проведении проверок будет сделан на эффективное использование средств областного бюджета. Такая масштабная проверка, инициированная главой региона, проводится впервые. В июле мы будем готовы предоставить губернатору подробный отчёт по итогам проверки, – рассказала председатель контрольно-счётной палаты Амурской области Ольга Бродская.

О том, что в здравоохранении пора навести порядок, губернатор говорил и несколько дней назад во время отчёта о ситуации в социальной сфере. Доклад и планы на будущий год представила заместитель председателя правительства региона Галина Бурмистрова. Тогда губернатор подчеркнул, что в этом году сфере здравоохранения областные власти уделят особое внимание. В первую очередь необходимо ориентироваться на потребности амурчан, отметил Александр Козлов. Тем

более, когда речь идёт о социально незащищённых категориях граждан.

Весной этого года в регионе планируется отремонтировать родильное отделение Белогорской больницы, поликлинику Мазановской больницы, Благовещенскую городскую клиническую больницу и другие медучреждения. В планах – открыть до конца весны 2 фельдшерско-акушерских пункта в сёлах Подоловка и Валуево Завитинского района. Также отремонтируют здания для размещения ФАПов в сёлах Тахтамыгда, Мадалан и Солнечное. В селе Игнашино Сковородинского района построят новый ФАП. Кстати, в отдалённых сёлах Белогорского района уже заработали медицинские домохозяйства.

Кроме того, планируется купить 10 санитарных автомобилей и заменить лифты в областной клинической больнице. Продолжится реализация программы «Земский доктор» – в этом году в село намерены привлечь 55 врачей. Также, чтобы снизить дефицит врачебных кадров в Белогорске, на базе городской клинической больницы будут проходить интернатуру студенты Амурской государственной медицинской академии.

Николай РУДКОВСКИЙ, соб. корр. «МГ».

Благовещенск.

Новости

Обещанному верить

Губернатор Сергей Левченко назвал очередную дату завершения капитального ремонта корпуса № 2 Иркутской областной клинической больницы – 1 апреля 2016 г. Он лично посетил объект, оценил ход ремонтных работ и узнал от руководства и сотрудников больницы, какие новые возможности получит здравоохранение Приангарья с вводом в строй обновлённого корпуса больницы.

По словам главного врача областной больницы Петра Дудина, в 9-этажном корпусе после реконструкции расположатся 4 новых подразделения: отделение травматологии, отделение высокодозной химеотерапии и трансплантации костного мозга, отделение реанимации для пациентов с инфарктом миокарда и отделение реанимации гнойно-септического центра. Ремонтные работы в корпусе неоднократно прерывались из-за проблем с финансированием. В настоящее время здесь ведётся отделка помещений.

«Иркутская область давно ждёт этот объект. Реконструкция, к сожалению, затянулась, работы ведутся уже 2,5 года», – сказал губернатор. По словам главы области, день завершения работ на объекте назван самими строителями. Остаётся надеяться, что их заверения станут долгожданной реальностью.

Елена БУШ, соб. корр. «МГ».

Иркутск.

Эксперты Российской ассоциации международного медицинского туризма (АОММТ) проанализировали стоимость медицинских услуг для иностранцев в 30 странах мира и составили 5 лидеров с самыми «демократичными» на сегодня ценами.

Несмотря на кризис

Как отмечают в ассоциации, низкая цена на медицинские услуги не всегда говорит об их низком качестве. «Есть множество стран, которые предоставляют большой объём качественных врачебных услуг, стоимость которых может быть более чем демократичной. Здесь уровень медицинской помощи по таким критериям, как сервис, диагностика, наличие необходимой аппаратуры, эффективность лечения, не уступают странам, лидирующим в области здравоохранения, а цены здесь существенно ниже», – констатирует АОММТ.

Российская АОММТ – некоммерческая организация, основанная в 2015 г. Декларируемая цель ассоциации – построение и развитие в России устойчивого, общедоступного медицинского туризма, повышение социальной ответственности представителей отрасли, а также защита их интересов и развитие здоровой конкуренции.

Пока, однако, как показали исследования, несмотря на кризис россияне продолжают обращаться за медицинской помощью в заграничные клиники. Чаще всего в 2015 г. они ездили в Германию – немецкие клиники посетили 30 тыс. наших соотечественников.

Вот представленный АОММТ и опубликованный на сайте «Доктор Питер» ТОП-5 стран, где любят лечиться россияне:

1-е место – Германия. Если в 2012-2014 гг. основная масса российских медицинских туристов приходилась на Израиль, то в 2015 г. ситуация изменилась, и на первое место вышла Германия.

Чаще всего россияне едут в немецкие клиники с онкологическими заболеваниями. Популярны также услуги гинекологов, к которым обращаются за диагностикой и лечением заболеваний, для ведения осложнённой беременности и родов, во вопросам, связанным с бесплодием. Сердечно-сосудистая хирургия также востребована нашими соотечественниками.

Российские пациенты стабильно обеспечивают немецким клиникам около 35-45% дохода относительно всех иностранных пациентов. Поэтому неудивительно, что местные медучреждения даже укомплектовывают штат персоналом, владеющим русским языком. Германия привлекает пациентов из других стран не только высококлассными специалистами, но и фиксированными ценами на все медицинские услуги, а также тем, что местные врачи не имеют права требовать с иностранцев больше, чем с немецких пациентов.

2-е место – Израиль. В 2015 г. популярность израильских клиник снизилась – их посетили 26 тыс. россиян – на 14 тыс. меньше, чем в 2014 г. Но наши соотечественники всё равно составляют примерно 30-40% из общего числа иностранных пациентов. Как и в Германию, сюда приезжают «по онкологическим вопросам». В Израиле занимаются пересадкой стволовых клеток для лечения рака и редких болезней крови, а также осуществляют прецизионное облучение опухолей. На втором месте по популярности – лечение болезней опорно-двигательного аппарата. Также россияне лечат здесь диабет, им выполняют нейрохирургические операции. По-

пулярностью пользуются косметологические и СПА-процедуры на Мёртвом море.

3-е место – Финляндия. Ежегодно здесь лечатся около 20 тыс. россиян. Пациентов привлекают высокий уровень медицинских услуг и транспортная доступность, а также присутствие в больницах Финляндии русскоговорящего персонала. Россиян интересуют ранняя диагностика заболеваний, различные комплексные обследования, лечение бесплодия и роды. Также популярностью пользуются финские экоккурорты и СПА-туры.

4-е место – Чехия. В прошлом году клиники и бальнеологические

учреждения обладают первоклассной инфраструктурой и современным оборудованием, в них работает высококвалифицированный медицинский персонал, владеющий английским языком.

5 тыс. долл. Немаловажен и тот факт, что большой процент местных врачей стажировались или обучались на медицинских факультетах в университетах Великобритании и США. Замыкает ТОП-5 стран с самыми низкими ценами на медицинские услуги для иностранцев Сингапур. Кстати, по версии агентства Bloomberg, в 2015 г. Сингапур занял вторую строчку в рейтинге стран по эффективности систем здравоохранения. Местные больницы и клиники чаще всего государственные, часть из них приходится на частный сектор. Все медицинские

страны связан ещё и с активным расширением пакета услуг отечественных отелей и гостиниц – обустройство СПА-комплексов, работа косметологов, трихологов, диетологов.

Растёт популярность санаторно-курортного лечения в России в холодное время года. Сегодня самые популярные отечественные направления зимнего оздоровительного отдыха – Кавказские Минеральные Воды, Алтай, Крым, Краснодарский край и Калининградская область.

В среднем туристы тратят на лечебные поездки примерно на 30% больше денег, чем на пляж-

А от него тоже зависят результаты операций, проведённых на высшем уровне.

Напомним, на форуме Общероссийского народного фронта (ОНФ) Президент РФ Владимир Путин сказал, что для чиновников «лечиться за границей – в том же ряду, что и иметь счёт за границей». А вице-премьер Ольга Голодец на вопрос главы государства, где она лечится, ответила: «В России».

У нас всё есть

Российские врачи уже не чувствуют себя динозаврами в

Ситуация

Кто едет лечиться за рубежом?

Цена на медицинскую помощь не всегда говорит о её качестве



Где подлечиться?

курорты страны посетили более 10 тыс. россиян. В Чехии лечат желудочно-кишечные заболевания, болезни почек и дыхательных путей, заболевания опорно-двигательного аппарата и бесплодие. Популярны также косметология, пластическая хирургия и детокс-программы.

5-е место – Китай. В 2015 г. клиники этой страны посетили примерно 7 тыс. россиян. Наибольшей привлекательностью пользуются медицинские центры Хайнаня – известного китайского курорта, а также города Дальянь, расположенного на севере страны у побережья Жёлтого моря. Также россияне любят приезжать в клиники Пекина. Большой популярностью в мире пользуются китайская традиционная медицина и фармакология. Россиян привлекают выгодное соотношение цена – качество, сроки диагностики и лечения. Китайский персонал готов работать круглосуточно и без выходных дней. Отдельные клиники приграничных регионов принимают до 80% россиян. Кстати, по прогнозам Российской АОММТ, в ближайшие 5 лет россияне сместят свои «медицинские приоритеты» с Европы на страны Азии – Китай и Таиланд.

Как сэкономить?

ТОП-5 самых дешёвых для лечения иностранцев стран возглавила Индия. Средний счёт, который получает иностранец в местных клиниках, – около

ний отдых. По оценке экспертов АОММТ, в 2014 г. в среднем на такую поездку из расчёта на одного члена семьи россияне потратили около 30 тыс. руб., в 2015 г. – до 34-35 тыс. руб.

Почему российские чиновники не хотят лечиться дома

Лечение за границей объявлено непатриотичным – импортозамещение должно быть во всём. «Доктор Питер» выяснял, что чиновники и все, у кого есть деньги, летят за границей, а что можно лечить и на родине.

Особенно непатриотично лечение за границей выглядит после введения санкций – не каждый чиновник или бизнесмен теперь может поправить здоровье за рубежом. Европейские, израильские и американские клиники любят пациентов из России – они платят за всё. В некоторых странах даже создаются медицинские центры специально для российских «медицинских туристов». Единственное, в чём россиянину (и жителю любой другой страны) в Европе могут отказать, – трансплантация органов. Три года назад там приняли решение оказывать эту медицинскую помощь только жителям своей страны – органов для трансплантации самим катастрофически не хватает, сообщает Welcome!

Другое дело – негосударственные центры, точнее, например, Международный институт биологических систем им. С.М.Березина в Санкт-Петербурге. В него обращаются и чиновники, и бизнесмены, и пациенты из других стран – не только СНГ, но и Европы. Радиологическое (гамма-нож и кибернож) и стереотаксическое лечение (TrueBeam), лучевая терапия, современные аппараты КТ и МРТ (в том числе 3 Тесла) – не каждая зарубежная клиника это имеет. А главное – есть собственными силами обученный персонал. Более того, из 30 центров протонной терапии в мире один строится в Санкт-Петербурге.

За последние годы петербургские учреждения оснастили новой техникой, есть великолепные хирурги, которые делают уникальные вещи. Это врачи мирового уровня. Самая большая проблема у нас – в среднем (первичном) звене.

общении с коллегами из зарубежных стран, как это было ещё 15-20 лет назад. Говорят, что наши и европейские доктора работают на одинаковом оборудовании, диагностические лаборатории оснащены одной и той же аппаратурой, теми же анализаторами. Лекарства – те же, как и стандарты их применения. Вообще, стандарты лечения, принятые в России, никто не назовёт отечественным изобретением, при их разработке учитывался опыт и европейского, и американского, и израильского здравоохранения. На международных симпозиумах и конференциях российские врачи разговаривают с иностранными коллегами на одном языке. Но все, кто может уехать в зарубежную клинику, едут. В последние годы упал спрос и на кардиохирургию – стентирование и шунтирование. Всё это, наконец, появилось и у нас.

Летом Федеральное собрание России приняло закон о создании международного медицинского кластера на территории инновационного центра «Сколково» в Москве. На площади в 185 тыс. м² построят клиническо-диагностический многопрофильный центр со стационаром. «Ежегодно до 140 тыс. российских граждан выезжают за рубеж для получения медицинской помощи. Общий объём финансовых средств, которые они вывозят для этих целей, оценивается в миллиарды долларов. В среднем на каждого тратится от 7 тыс. долл. Высокотехнологичная медицинская помощь должна оказываться в России. В регионах уже работает целая сеть федеральных медицинских центров. Создание Международного медицинского кластера в Москве – один из этапов в реализации этой задачи», – объяснил тогда необходимость создания такого суперцентра Анатолий Аксаков, председатель комитета Госдумы РФ по экономической политике, инновационному развитию и предпринимательству.

Предполагается, что работать в этом центре будут иностранные специалисты. Раз уж чиновникам из-за санкций к ним нельзя, врачи приедут к нам?

Иван МАЛОВ.

МИА Сити!

Целью этого благородного замысла было уберечь от распада многодетные семьи, в которых злоупотребляющие алкоголем родители оказались перед угрозой лишения родительских прав. Насколько успешно претворяется в жизнь то, что было намечено?

Жизнь внесла коррективы...

Проект задумывался как межведомственный и предполагал взаимодействие медиков (наркологов) с работниками социальных служб и органов опеки, а также с сотрудниками полиции. Он был рассчитан на полгода и предусматривал участие полутора десятков потенциальных «лишенцев».

Сроки проекта и количество участников были ограничены финансированием. Предполагалось, что крупные предприятия области в рамках социального партнёрства выделяют средства на приобретение дорогостоящих лекарств, блокирующих тягу к алкоголю. Ампула такого препарата стоит около 18 тыс. руб. Но она того стоит: одна инъекция в течение месяца на биохимическом уровне подавляет у человека желание выпить. На полугодовой курс терапии для 15 пациентов требовалось более 1,5 млн руб.

— К сожалению, получить деньги из внебюджетных источников не удалось, — комментирует главный врач Кемеровского областного клинического наркологического диспансера главный нарколог Кузбасса Андрей Лопатин. — Поэтому наряду с психотерапией мы стали назначать участникам проекта традиционные медикаментозные препараты, требующие ежедневного приёма. Это было менее предпочтительно, учитывая, что такие люди, как правило, не критично относятся к своему заболеванию и образу жизни в целом. И мы опасались, что большинство из них сорвётся, уйдёт в запой. Но этого не произошло, хотя единичные срывы действительно были. Сегодня медицинская составляющая проекта держится на повседневной работе психиатров-наркологов и психологов и, как ни удивительно, на дисциплине наших пациентов. Видимо, они действительно осознали, что для них это — единственный шанс не лишиться родительских прав.

Осознание в процессе лечения

Подготовка к проекту началась ещё в августе. Больше всего с неблагополучными семьями «нянчатся» социальные работники. Специалисты Кемеровского наркодиспансера провели для них ряд семинаров, обучив тому, как провести среди горе-родителей

Проекты

«Трезвая семья — крепкая семья»

Так называется пилотный проект, который стартовал минувшей осенью в Кемерово



На приёме у нарколога

первичную мотивацию на участие в проекте. В дальнейшем к этому стали подключаться районные комиссии по делам несовершеннолетних, куда входят и наркологи. Была отобрана целевая группа в составе 40 человек с диагнозом «алкоголизм второй стадии» (он означает запойное состояние, когда человек не может остановиться в течение месяца и более). В итоге 13 матерей и единственный отец-одиночка начали работу в программе. Пять месяцев спустя в ней осталось 12 человек.

«Некоторым мы предложили на несколько дней лечь в стационар, чтобы снять абстинентный синдром. С другими сразу начали работать амбулаторно. Условие поставили жёсткое: посещать кабинеты по оказанию наркологической, психологической и психотерапевтической помощи они должны ежедневно, — уточняет заведующая амбулаторными кабинетами наркодиспансера Ольга Нестеренко. — Учитывая общее состояние здоровья этих пациентов, мы назначаем им

не только препараты, снижающие влечение к алкоголю, но и общеукрепляющую терапию. И, разумеется, психокоррекцию. Медицинскую реабилитацию дополняем элементами социальной: приглашаем родственников, учим их в меняющихся обстоятельствах по-новому выстраивать отношения с проблемными членами семьи. И в первую очередь — предоставлять им больше самостоятельности: пусть сами ищут работу, проводят больше времени с детьми... Так они научатся брать на себя ответственность за то, что происходит в их жизни».

«Сначала женщины приезжали к нам из страха, что если нарушат график посещений, то потеряют детей, — делится наблюдениями психиатр-нарколог Павел Никитин. — Но в процессе работы качество их жизни меняется к лучшему, и месяца через 3 они начинают осознавать, что пьянство — это проявление болезни, а не просто дурное поведение. Самое трудное в работе с этой категорией пациентов — вернуть их на терапию,

если произошёл срыв. Они испытывают не только чувство вины, но и отчаяние: «Вот, старался, но ничего не вышло...» Поэтому мы решили не ограничиваться полугодовыми рамками проекта. Если и в дальнейшем эти люди будут нуждаться в нашей поддержке, никто им не откажет».

От первого лица

...30-летняя Светлана — мать четверых детей, старшему из которых 9, а младшей только 2 года. С их отцом она так и не расписалась, жизнь, которую вела семья, трудно было назвать нормальной: бесконечные скандалы, побои и попытки спрятаться с детьми от пьяного дебошира. А год назад женщина ещё и не справилась с кредитами (как банки выдали их многодетной матери, работавшей продавцом в киоске, вопрос отдельный). Два кредита она погасила, третий начала взыскивать по суду, заблокировав карту, на которую поступали «детские». Выпивать, говорит, начала от безысходности и от страха, что завтра нечем будет кормить детей: так хотя бы на время удавалось забыть о проблемах. С работы её выгнали...

«Прошлым летом один ребёнок заболел, — вспоминает Светлана. — Мы вызвали «скорую», врачи увидели, что дома пьянка, и позвонили в органы опеки. В тот же день всех детей увезли в приют, а мне выдали записку — когда явиться на комиссию по делам несовершеннолетних. Там сказали, что подготовят документы на лишение родительских прав. Я понимала, что сама не остановлюсь, попросила помочь закодироваться, потому что денег на это у меня нет. Вместо кодировки мне предложили участие в проекте...»

Первое время женщина встречалась с докторами и психологами ежедневно, теперь — несколько раз в неделю. Она уже прошла курс антиалкогольной терапии, «пропила» ангиопротекторы и лекарства улучшения памяти. Сейчас получает препараты для поддержания работы печени. Все таблетки ей

выдают бесплатно — на несколько дней, до следующего визита.

«Общение с психологом даёт мне уверенность в себе, — признаётся Светлана. Она вообще держится очень уверенно, и при этом — без тени нахальства. — Медики относятся ко мне уважительно, ухажу от них только в хорошем настроении. Кстати, и физически я чувствую себя намного лучше. Вернулась на работу, работодатель говорит, что теперь я не человек, а золото. Дети тоже радуются, даже 4-летний понимает, что мама стала другой. Центр помощи семье выдал нам билеты на новогодние праздники. Так ребята мои впервые получили подарки от Деда Мороза. Мы посмотрели концерт, нафотографировались — столько было эмоций!..»

Сам Новый год они пережили на удивление легко. Светлана приготовила салаты, купила сок и сладости детям. Посмотрели телевизор, потом салют на улице, и — спать. Гражданского мужа она выставила ещё раньше. Живёт с младшим братом, который по причине язвы желудка тоже стал трезвенником, ведёт домашнее хозяйство и приглядывает за детьми. В доме чистота, порядок, и всегда есть свежеприготовленная еда. Когда Светлана на сутках, старший сын по дороге в школу непременно заносит ей горячий обед. Нынче осенью у неё будет уже два школьника — в соцзащите пообещали, что помогут подготовиться к 1-му сентября.

«Огромное спасибо тем, кто придумал этот проект! — искренне благодарит женщина. — Сосед, глядя на меня, спрашивает, а нельзя ли и ему попасть сюда...»

Вместо послесловия

Итоги работы пилотного проекта будут обобщены позже. Но уже сейчас ясно: регулярные встречи со специалистами кабинетов наркологической помощи и дозированной выдача бесплатных лекарств, пусть даже и не пролонгированного действия, оказались тем самым «крючком», который позволил удержать пьющих родителей в программе. Хочется верить, что такой подход позволит не просто отрезвить отдельных алкоголиков, но и в принципе прервать процесс воспроизводства неблагополучных членов общества.

К слову сказать, на учёте в органах социальной защиты Кузбасса состоят 24 тыс. неблагополучных семей, в которых родители в той или иной степени «злоупотребляют». В них живут около 7800 детей...

Валентина АКИМОВА,
собр. корр. «МГ».

Кемерово.

Фото
Юрия ЛУНЬКОВА.

Перспективы

— Крайне важно, что, находясь на стыке различных специальностей, направление исповедует принцип междисциплинарности, а сообщество считает своей задачей консолидацию усилий врачей всех специальностей для достижения наибольшей удовлетворённости пациентов, — отметила Н.Мантурова. — Общими усилиями был сдвинут с мёртвой точки вопрос о выделении нашей специальности в отдельное направление, что стало толчком для дальнейшего развития этой относительно молодой области клинической медицины. Мне очень приятно, что стратегические задачи, поставленные нами не так давно, выполнены. Это, в частности, отмена возможности получения специальности «пластическая хирургия» через циклы профессиональной переподготовки. Только обучение в ординатуре даёт право самостоятельной работы пластическим хирургом, — подчеркнула она. Качественная подготовка хирурга, включая краткосрочное

Самостоятельное направление

В апреле 2014 г. специальность «Пластическая хирургия» вошла в реестр специальностей Минздрава. Более того, данная специализация была включена в Номенклатуру научных специальностей, по которым присуждаются учёные степени. Так, Министерством образования и науки РФ в Номенклатуру научных специальностей, по которым присуждаются учёные степени, включена позиция «Пластическая хирургия». Ожидается, что в ближайшей перспективе это позволит повысить наукоёмкость

повышение квалификации для овладения новым методом лечения в современных условиях, должна проводиться с использованием специализированного оборудования. У специалистов пластической хирургии такая возможность есть — на базе столичных медвузов функционируют междисциплинарные учебные центры, где слушатели изучают анатомические основы пластической хирургии, а также, что наиболее важно с точки зрения практической работы, отрабаты-

вают на биологической модели ход и все тонкости оперативных вмешательств.

По словам Н.Мантуровой, данный вопрос обретает особую актуальность с точки зрения перспективного изменения правил допуска медработников к профессиональной деятельности, то есть с переходом системы на аккредитацию врачей.

Кроме того, с недавнего времени при Минздраве России была создана и начала активно работать

специальности и, как следствие, её конкурентоспособность и инвестиционную привлекательность. Об этом сообщила главный специалист пластический хирург Минздрава России и Департамента здравоохранения Москвы, заведующая кафедрой пластической и реконструктивной хирургии, косметологии и клеточных технологий Российской государственной исследовательской медицинской академии им. Н.И.Пирогова Наталья Мантурова.

профильная комиссия «Пластическая хирургия». В её состав вошли ведущие специалисты страны в области пластической хирургии, смежных специальностей, представители вузов и работодатели. Созданы рабочие группы по каждому крупному разделу специальности, а в каждом федеральном округе организованы отделения профильной комиссии.

В течение нынешнего года члены комиссии планируют провести заседания в своих отделениях в

Сибирском, Приволжском и Дальневосточном федеральных округах. С главными специалистами в субъектах России будут обсуждаться задачи, связанные с анализом объёмов и структуры оказания медицинской помощи по пластической хирургии, контролю качества за помощью и используемыми при её оказании медицинскими изделиями.

Алина КРАУЗЕ.

МИА Сито!

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 10 (1949)

19-летняя палестинская девушка, больная рассеянным склерозом, поступила по поводу нарушения ментального статуса, респираторного дистресса и вздутия живота после возвращения самолётом из Иордании в США. Её семья сообщила, что у неё начались одышка и проблемы с животом в последние 2 недели, которые усилились во время полёта.

Рассеянный склероз был диагностирован в Иордании 2 года назад, когда у больной появились слабость, дисфагия и диплопия. МРТ головного мозга выявила картину рассеянного склероза. В начале лечения глюкокортикостероидами у больной развились недержание мочи, слабость в левой ноге и нестабильность позвоночника. Лечение глатимером ацетата, интерфероном, азатиоприном и митоксантроном было безуспешным. Больная передвигалась в сидячем кресле. В анамнезе были указания на бронхиальную астму в детстве, увеит, который был диагностирован в последние несколько лет, а также хроническую анемию. До госпитализации она провела 3 недели в больнице в Иордании по поводу мочевой инфекции, вызванной *Escherichia coli*, получала лечение внутривенными антибиотиками.

При поступлении у больной отмечались кахексия и признаки респираторного дистресса, температура 36,8°C, ЧСС 139/мин., АД 115/68 мм рт.ст., ЧД 26/мин., оксигенация крови при дыхании атмосферным воздухом 93%. У неё было спутанное сознание, неспособна была выполнять команды. Сухость ротоглотки, зрачки одинаковой ширины, реакция на свет живая. Активного увеита не было выявлено. Отмечались хориоретинальные рубцы в левом глазу, при закрытии глаз веки полностью не смыкались, а также лёгкая субиктеричность склер. Больная находилась на поддерживающей мышечную активность вентиляции лёгких. В обоих лёгких выслушивались грубые хрипы. При аускультации сердца отмечена тахикардия, шумов не было. Живот был вздут, с лёгкой болезненностью при пальпации, отмечались признаки свободной жидкости в брюшной полости. Признаков раздражения брюшины или мышечной защиты не было. Верхние и нижние конечности были холодные, отмечался дистальный пульс. Отёков не было. По ургентным показаниям была выполнена эндотрахеальная интубация.

При обследовании: pH 7,17, PCO₂ 41 мм рт.ст., PO₂ 49 мм рт.ст., при подаче кислорода через носовые канюли. Уровень лактата 1,5 ммоль/л. Лейкоциты 20 200/мм³ – нейтрофилы 91%, Hb 11,2 г/дл, тромбоциты 282 000/мм³. Уровень натрия 126 ммоль/л, калия 6,4 ммоль/л, бикарбоната 13 ммоль/л, хлорида 97 ммоль/л, мочевины 97 мг/дл (35 ммоль/л), креатинина 6,3 мг/дл (557 мкмоль/л), глюкозы 100 мг/дл (6 ммоль/л). Общий билирубин 4,8 мг/дл (82 мкмоль/л), прямой билирубин 2,7 мг/дл (462 мкмоль/л), уровень аминокислот в моче в норме, ЩФ 471 Е/л (норма 35-95 Е/л). МНО 1,2. Уровень ферритина 2339 мг/л, сывороточного железа 69 мг/дл (12 мкмоль/л), трансферрина 116 мг/дл. Насыщение трансферрина 43%. Число ретикулоцитов 23 200 мм³. На ЭКГ синусовая тахикардия. На рентгенограмме грудной клетки – умеренной интенсивности тень в прикорневой области справа (следствие аспирации или пневмония). Через катетер получено 700 мл мутной мочи. В анализе мочи – от 11 до 20 эритроцитов во многих полях зрения, лейкоцитов до 50.

КТ головы (без контрастного вещества) показала наличие заметной потери объёма паренхимы головного мозга и хронический синусит. КТ брюшной полости и малого таза (без контраста) выявила большой асцит с узелками в сальнике, слабо выраженный гидронефроз обеих почек с утолщением стенок мочеточника в проксимальном и среднем его сегментах. Кроме того, на КТ определилось увеличение объёма обоих лёгких с признаками пневмонии, аспирации или ателектаза.

УЗИ брюшной полости показало гетерогенность паренхимы печени с неровной поверхностью, выраженную васкуляризацию, но отсутствие объёмных образований.

При диагностическом парацентезе брюшной полости получено 120 мл мутной жидкости с количеством 14 000 лейкоцитов в мм³, (90% нейтрофилов) и 972 эритроцитов в мм³. Уровень глюкозы – 100 мг/дл, ЛДГ 1489 Е/л (норма 102-199 Е/л), альбумина <1 г/дл, общего белка 1 г/дл. Окраска по Граму навески жидкости не выявила микроорганизмов, не было выявлено кислотоустойчивых бактерий. Альбумин в сыворотке крови 2,7 г/дл.

Были назначены ванкомицин, пиперацillin-тазобактам и азитромицин, внутривенное ведение солевого раствора до 3 л

Трудный путь к диагнозу

Клинический разбор

в день. Больная выделяла до 3-4 л мочи в день. Уровень сывороточного креатинина снизился до 1,1 мг/дл (97 мкмоль/л) через 12 часов от поступления.

Хирург не определил показаний к оперативной интервенции. Больной была начата эмпирическая терапия рифампицином, изониазидом и этамбутолом в связи с подозрением на туберкулёз. На следующий день при КТ с контрастом грудной клетки, брюшной полости и малого таза отмечены разрешение уплотнения в лёгких, появление небольшого отёка лёгких, заметное утолщение стенки мочевого пузыря и патологическое выпячивание его купола, а также умеренно выраженный гидронефроз. Снова было отмечено диффузное нодулярное поражение сальника и брыжейки.

Больная была проконсультирована урологом. Рекомендовано продолжать декомпрессию в связи подозрением на нейрогенный мочевой пузырь и антибактериальное лечение цистита.

При повторном исследовании асцитической жидкости, полученной при парацентезе брюшной полости, уровень креатинина был 5,7 мг/дл (504 мкмоль/л), креатинин сыворотки крови 6,3 мг/дл. Диагностический парацентез был повторен на 3-й день госпитализации, получена мутная желтоватая жидкость с количеством лейкоцитов 4 800/мм³ (нейтрофилы 72%, моноциты 20%) и эритроцитов – 130/мм³. Уровень глюкозы 94 мг/дл (5,2 ммоль/л), ЛДГ 1877 Е/л, аденозина деаминазы 69 Е/л (норма 7,6 Е/л), креатинина 0,7 мг/дл (65 мкмоль/л). Креатинин сыворотки крови в это время был 0,8 мг/дл (71 мкмоль/л). Исследования материала, окрашенного по Граму, на бактерии и анализа на грибы дали отрицательный результат.

Результаты МРТ головного, спинного мозга и спинномозговой жидкости указывали на рассеянный склероз. Тесты на aquaporin-4, anti-Ro (SSA), anti-La (SSB) и антинуклеарные антитела дали отрицательный результат. Исследования мокроты на кислотоустойчивые бактерии и туберкулиновая проба были отрицательными, так же как и тесты на ВИЧ и антитела к странгулоидозу и шистосому.

У больной продолжали определяться тахикардия и гипоксемия. КТ-ангиография не выявила признаков лёгочного эмболизма. Лейкоцитоз, уменьшившийся до нормализации, вновь возрос до 50 400/мм³. Больная продолжала лихорадить – до 39°C несмотря на применение антибиотиков широкого спектра действия и противотуберкулёзную терапию. Моча и асцитическая жидкость при исследовании были положительными на *E.coli* и *Candida glabrata*. Культуральное исследование крови не выявило микроорганизмов. Был отменён пиперацillin-тазобактам и назначены эртапенем и вориконазол, но значительного улучшения состояния больной это не вызвало.

Пациентке была произведена эксплоративная лапаротомия. Были выявлены

обширная адгезия мутной перитонеальной жидкости и фибриновый экссудат. Дефектов в кишечнике выявлено не было. Гнойный асцит был отмечен в правом нижнем квадранте, прикрытый утолщённым мочевым пузырьком и прилепанный к брыжейке. При манипуляции мочевым катетером из небольшой перфорации вытекло небольшое количество мочи. Перфорация была подтверждена интравезикальным введением метиленового синего. Биопсия узелков сальника показала наличие фокусов жирового некроза, окраска на грибы и кислотоустойчивые бактерии дала отрицательный результат.

После устранения перфорации стенки мочевого пузыря больной был назначен 4-недельный курс антибактериальной и противогрибковой терапии. Лейкоцитоз разрешился, и результаты тестов на функцию печени были нормальными. Постоперативный период осложнился аспирацией, которая была вызвана нервно-мышечной слабостью и параличом левой голосовой

тресс-синдромом, но находки, выявленные при обследовании, позволяют предполагать, что причиной дыхательной недостаточности является поражение паренхимы лёгкого. Наибольшее внимания, несмотря на ограниченность данных, привлекает то, что лёгочная инфекция (туберкулёз) или внутрибрюшная инфекция (абсцесс или пиелонефрит) привели к сепсису (мультиорганный недостаточность). Следует также уделить внимание тому факту, что респираторный дистресс и тахикардия развились после недавнего авиаперелёта, так же как и хроническое обездвижение и эмболия лёгких.

У больной были проявления метаболического ацидоза и нарушение обмена анионов. Возможной причиной является сепсис с системной гипоперфузией и уремией. Низкие показатели уровня натрия в сыворотке крови могут свидетельствовать о дегидратации или синдроме неправильного применения антидиуретического гормона (невывявленная лёгочная или неврологическая патология). Сопутствующая гиперкалиемия позволяет предполагать надпочечниковую недостаточность, хотя более вероятное объяснение состоит в том, что гипонатриемия, гиперкалиемия и пиурия являются признаками острого почечного поражения вследствие тубулярного некроза при наличии уросепсиса. Другие объяснения интравезикального поражения или воспаления, такие как гломерулонефрит или тубулоинтерстициальный нефрит, маловероятны. Обильное отхождение мочи после введения катетера в мочевой пузырь говорит в пользу обструкции мочевых путей. Рассеянный склероз может быть причиной нейрогенного мочевого пузыря, которым можно объяснить вздутие живота. Повышенный уровень билирубина и щелочной фосфатазы указывает на холестатический процесс, который может отражать внепечёночную обструкцию (камень, стриктура или опухоль) или внутрипечёночную холестаз (первичный билиарный цирроз, первичный склерозирующий холангит или воздействие медикаментов). Инфльтративными нарушениями, такими как саркоидоз, туберкулёз, лимфома или метастатический рак, также можно объяснить клинические симптомы у больной и быстрое ухудшение её состояния.

Быстрое улучшение острого тяжёлого почечного поражения характерно для или острого преренальной патологии почек, или постренальной обструкции. Внутрипочечные процессы разрешаются более медленно. Хотя при КТ-сканировании был выявлен только небольшой гидронефроз, его развитие могло занять несколько дней для дилатации собирательной системы в ответ на повышение давления. Надо иметь в виду, что исследование (КТ) было выполнено после катетеризации мочевого пузыря. Хотя наличие узелков в брюшине вызвало подозрение на инфекцию (туберкулёз) или рак, в редких случаях они могли говорить в пользу саркоидоза. Эти патологии приводят в типичных случаях к низкому градиенту «альбумин сыворотки крови – альбумин асцитической жидкости» (serum-ascites albumin gradient (SAAG) – подсчитывается вычитанием из альбумина асцитической жидкости альбумина сыворотки крови; как низкий считается SAAG < 1,1 г/дл). Повышение указанного градиента у больной говорило о том, что портальная гипертензия и была причиной асцита. Однако значительное повышение числа лейкоцитов в асцитической жидкости более характерно для бактериального перитонита, который развился после перфорации внутреннего органа (например, язва двенадцатиперстной кишки), чем для спонтанного бактериального перитонита. Потому что повышение SAAG обычно надёжный индикатор портальной гипертензии, смешанная клиническая картина должны рассматриваться с одной стороны, как портальная гипертензия (причина которой неопределённая в этом случае), с другой, как инфекция или злокачественный процесс, поразивший брюшину.

Утолщение стенки мочевого пузыря обычно отмечается после растяжения мочевого пузыря вследствие декомпрессии или после приступа цистита, но такая находка также может отражать злокачественный процесс, хроническую инфекцию (например, шистозомиаз) или воспаление вследствие длительного пребывания в мочевом пузыре катетера. У больных с хронической обструкцией мочевыводящих путей дивертикул мочевого пузыря может развиваться в ответ на длительное повышение внутрипузырного давления. Следует вернуться к повторной оценке результатов визуальных методов исследования, чтобы посмотреть, не является ли выпячивание дивертикулом или экзофитом, который мог

Обсуждение

У больной при поступлении были три ургентные проблемы – нарушение сознания, вздутие живота и респираторный дистресс. Изменение ментального статуса обычно бывает вызвано метаболической дезинтеграцией, инфекцией (менингит, энцефалит), нарушением структур мозга (инсульт или опухоли) или действием токсинов или лекарств. Вздутие живота обычно связано с накоплением жидкости (асцит или кровь) или газа (обструкция или перфорация). Респираторный дистресс мог стать результатом лёгочного заболевания (аспирация, инфекция или эмболизация) или быть вызван вздутием живота.

Резидуальное действие *E.coli* (инфицированный камень или мелкие абсцессы в почках) могло стать причиной рецидивирующей системной инфекции. Хроническую анемию можно объяснить дефицитом железа, хроническим воспалительным процессом, побочным действием лекарственных веществ или талассемией. Хронический, по-видимому, увеит маловероятно связан с инфекцией или, возможно, ассоциирован с аутоиммунным состоянием, например саркоидозом, болезнью Бехчета или спондилоартропатией. Нельзя исключить болезни, мимикрирующие под рассеянный склероз, включая *neuromyelitis optica* (характеризуется комбинацией оптической нейропатии и поперечного миелита), который имеет тенденцию к более fulminantному течению, или демиелинизацию, ассоциированную с аутоиммунным заболеванием, например, СКВ, саркоидоз, или болезнь Бехчета.

Хотя в анамнезе больной нет указаний на болезнь печени, у неё была иктеричность склер и асцит. Вздутие живота могло быть вызвано рестриктивными нарушениями вентиляции лёгких и респираторным дис-

перфорировать стенку мочевого пузыря и вызвать мочево́й асцит.

Следствием антибактериальной терапии стало уменьшение числа лейкоцитов в асцитической жидкости. Так как креатинин свободно проходит через перитонеальные мембраны, уровни сывороточного и перитонеального креатинина эквивалентны нормальным значениям. У больных с мочево́м асцитом уровень перитонеального креатинина будет выше, чем уровень креатинина сыворотки крови. Причина уротелиальной и перитонеальной болезни у больной остаётся неясной. Повышение уровня аденозиндеаминазы повышает вероятность туберкулёза, хотя уровни этого маркера могут быть также повышенными у больных с перитонеальным раком или бактериальным перитонитом.

Продолжающаяся тахикардия, гипоксемия и лихорадка говорит или о неадекватном контроле инфекции или неинфекционным характере процесса, например, рак или аутоиммунная болезнь (васкулит). Тесты на антитела для аутоиммунных заболеваний, которые имеют разносторонние проявления со стороны ЦНС, например, системная красная волчанка и синдром Шегрена, были у больной отрицательными. Исследование на aquarogin-4-антитела, патологические антитела при *neuromyelitis optica*, дало отрицательный результат. Как результат незавершённой эрадикации мочево́й система могла быть резервуаром для *Escherichia coli*. Эта инфекция могла распространиться по перитонеальной жидкости гематогенно или через прямую связь между мочево́м пузырём и брюшной полостью.

Спонтанная перфорация мочевого пузыря с прорывом инфицированной

мочи в перитонеальную полость могла вызвать повреждение функции почек или реабсорбцию креатинина в асцитическую жидкость через перитонеальную мембрану. Введение катетера в мочево́й пузырь уменьшило объём мочи, протекающей в брюшную полость, и ослабило обструкцию мочево́х путей, но не элиминировать источник инфекции.

У больной при поступлении отмечался изменённый ментальный статус, асцит, острое почечное заболевание и респираторный дистресс. Мультисистемный характер патологии говорил в пользу разрыва нейрогенного мочевого пузыря и прорыва инфицированной мочи в брюшную полость. Потребовалась диагностическая лапаротомия и определения лечебной тактики разрыва мочевого пузыря.

Разрыв мочевого пузыря и вытекание мочи в брюшную полость может случиться после травмы, оперативного вмешательства или радиации. Спонтанный разрыв может случиться при цистите, раке органов малого таза, диссеминированном туберкулёзе, алкогольном эксцессе, обструкции и нейрогенном мочево́м пузыре. У более чем 80% больных рассеянным склерозом находят мочеполювую патологию, от неудержимого недержания мочи до её задержки. При рассеянном склерозе обструкция оттоку, вызванная нейрогенным мочево́м пузырём и хроническим циститом, может привести к его разрыву. Хотя асцит с повышенным уровнем SAAG типичен для больных с портальной гипертензией, мочево́й асцит может также быть ассоциированным с повышением SAAG.

Мочево́й асцит может быть похожим на острое почечное заболевание с псевдопочечным повреждением, которое даёт

повышение уровня сывороточного креатинина, гипопроотеинемия, гиперкалиемию и азотемию, которые вызваны уравниванием мочевины и плазмы через перитонеальную мембрану. Отношение асцитической жидкости к сывороточному креатинину более чем 1 является диагностически значимым для острой внутрибрюшинной утечки, и указывает на то, что продукция мочи превышает темпы уравнивания их через брюшную полость. Поэтому инфекция и утечка из мочевого пузыря у этой больной были подострыми (возможно, из-за интермиттирующей утечки, приводящей к медленному накоплению асцитической жидкости). Вероятно, что асцит и уровень сывороточного креатинина имел время для выравнивания, что привело к соотношению 1 : 1.

Этот феномен – выравнивание был единственным из нескольких причин позднего диагноза болезни, который сделан только на 10-й день госпитализации, считают авторы статьи в *New England Journal of Medicine* S.Murray, R.Wachter, K.Cho и др. Узлы в сальнике, по данным КТ, привели клиницистов к мысли об интраперитонеальной инфекции или раку. Серийное КТ-сканирование не выявило определённых признаков разрыва мочевого пузыря. О недиагностировании болезни по данным визуальных методов исследования сообщается и в других случаях. Цистография является наилучшим методом диагностики разрыва мочевого пузыря, но показания к её выполнению возникают, когда имеются выраженные клинические признаки разрыва. В серии подобных случаев среднее время от инцидента или начальных симптомов до диагноза, как сообщается, достигает 5,4 дня.

Хотя диагностический парацентез и визуальные методы исследования являются стандартными для выявления первичного асцита, очевидно, что следует рассмотреть показания к диагностической лапаротомии, когда результаты исследований не позволяют поставить диагноз, а состояние больного прогрессивно ухудшается. Диагностическая лапаротомия, как было показано, информативна у больных с недиагностированным асцитом. В одном сообщении среди 162 больных, которым была произведена диагностическая лапаротомия по поводу асцита, недиагностированного несмотря на общепринятые лабораторные анализы и визуальные методики, диагноз был установлен с помощью этой интервенции у 85%. Наиболее частыми диагнозами у них были карциноматоз, туберкулёзный перитонит и цирроз.

Клиницистам следует подумать о возможности спонтанного разрыва мочевого пузыря у больных с необъяснимым асцитом и о болезнях, которые вызывают дисфункцию мочевого пузыря (например, рассеянный склероз, инсульт, паралич, сахарный диабет или паралич). Опыт с обсуждаемой больной показывает, когда течение воспаления при асците ухудшается вопреки применению таргетной антибиотикотерапии, диагностическая лапаротомия может привести к прорыву в диагностическом процессе и спасти жизнь больному.

Рудольф АРТАМОНОВ,
профессор.

По материалам
New England Journal of Medicine.

Фотография в медицинской практике

Клиническое фотографирование становится всё более распространённым в клинической практике, особенно в визуально ориентированных специальностях. Там где клинический фотограф формирует часть медицинских записей о больном, клиницисты имеют легальное право сохранять фотографии в течение нескольких лет, что определено федеральным законом о частной жизни и законами разных штатов.

Больные имеют право доступа к своим собственным фотографиям в контексте законов о свободе информации. Согласие на клиническое фотографирование должно быть информированным согласием, и клиницист имеет право востребовать фотографии только в целях, которые согласуются с целями, о которых было получено информированное согласие.

Клиническое фотографирование становится интегральным компонентом в практической медицине. Может осуществляться фотографирование части или всего пациента, обычно в контексте видимого отклонения от нормы. Возможны однократный снимок или серия снимков для отображения эволюции патологического процесса или констатации выздоровления. Это экономит время и уменьшает дистанцию для передачи клинической информации.

В последнее десятилетие возрастает использование Интернета, применяются электронные записи историй болезни, вошли в широкую практику мобильные электронные устройства и смартфоны, что привело ко всё более возрастающему применению клинической фотографии при лечении больного, в медицинском образовании и научных исследованиях. Визуально ориентированные медицинские специальности, такие как дерматология, офтальмология, хирургия, радиология, патологическая анатомия, интенсивная терапия, общемедицинская практика, используют фотографирование.

Преимущество клинической фотографии, однако, балансирует между медицинской врачебной этикой и правовым аспектом – правом на частную собственность и конфиденциальность, имея в виду персональную и сугубо медицинскую информацию о здоровье, а также автономии больного в определении того, как эта информация будет использована.

В Великобритании, как известно, только одна треть отделений неотложной терапии, в которых производится

фотографирование, лишь в 5% случаев имеет место запись о том, что получено информированное согласие на использование фотографии в клинических и образовательных целях. В Австралии и Великобритании медицинский поставщик компенсации определил использование и неправомерное применение клинического фотографирования как ургентный судебный-медицинский риск для медицинской профессии.

Недавно опубликованная статья в *Medical Journal of Australia* указывает на необходимость профессиональных стандартов, управляющих клиническим фотографированием, но не приводит каких-либо правил или рекомендаций для правовой позиции австралийским врачам, которые используют этот клинический инструмент. Они важны, если клиницисты вынуждены его применять без необходимого компромисса для пользы пациента и медицинского работника.

Клиницистам следует знать, что требуется для получения клинической фотографии, а также допустимости её использования, особенно для целей обучения и образования, а также в исследовательских целях.

Клиническая фотография, вполне вероятно, может рассматриваться как часть истории болезни больного, в том числе и для её хранения в электронном виде. Врачи должны знать законодательство о персональных историях болезни больных в трех штатах (страны), где они практикуют, так они могут хранить их в некоторых случаях в течение 7 лет. Это часто распространяется на ограниченный период времени из-за случаев ненадлежащего хранения. Общий принцип закона, который существовал прежде, заключался в том, что медицинские документы являются частной собственностью врача или больницы, и распространялся на право отказать познакомиться с ними заинтересованной стороне, что попирало свободу информации и законодательство о частной собственности.

В Австралии по Закону о частной собственности (1988 г.), который соответствовал законам штатов, хотя медицинские документы больных обычно принадлежали врачу или органу здравоохранения, давал право доступа для снятия копии или внесения дополнительных записей. В то время не возбранялось для клиницистов целей фотографирования, врачи были обязаны помнить о законном праве сохранять фотографии, а больные имели право

доступа к ним. Сохранённая информация могла быть доступна для использования в судебных процедурах, возникающих по жалобе больного. Чем лучше были качество работы фотографии и система их использования и хранения, тем лучше было качество работы медицинских работников. Плохое качество фотографирования и места хранения фотографий могло усилить позиции обвинения в потенциальных судебных процедурах.

Медицинские работники должны уделять серьёзное внимание законодательству штатов и федеральным законам, когда рассматриваются использование и раскрытие персональной и секретной информации. Другие медицинские сотрудники, принимающие участие в обслуживании больных, могут иметь доступ к медицинским документам, включая фотографии, для получения информации о состоянии больного, и эти меры предосторожности могут варьировать в разных штатах и территориях. Штат Виктория, например, соблюдает эти законоположения. Когда информация не опознана и не опубликована и не доступна для публикации, она может быть использована в целях обучения персонала. Однако могут возникнуть проблемы, например о расовой принадлежности и возрасте, отличительных чертах, таких как татуировка и родимое пятно, когда имя больного и специфические детали не отмечены в медицинском документе или отражены на фотографии. Как медицинскому работнику, так и больному следует быть внимательными к таким деталям. Более того, следует подумать об электронной безопасности, чтобы гарантировать конфиденциальность передачи путём цифровой фотографии. Они должны быть доступны клиницистам, осуществляющим ведение больного. Исключить ошибочное попадание третьим лицам.

Согласно Федеральному закону информацию о больном (включая фотографии), не следует собирать, если не определена цель, ради чего это делается. В таком случае больной должен быть информирован или знать из первых рук не только цель, ради которой она собирается, но также кому вероятно всего она будет доступна. Например, больной может дать специальное согласие на фотографирование для целей отслеживания эффективности лечения или для предоставления клинической информации консилиуму специалистов. Однако такое согласие не обязательно, если информация используется для об-

разовательных целей. Таким образом, информированное согласие должно включать объяснение целей, в каких оно будет использовано, и кому фотография будет показана. Более того, где будут храниться копии клинических фотографий, кому они будут принадлежать, и будет ли знать больной об ограничениях для их использования третьими лицами.

Медицинским работникам следует ознакомиться с изменениями в законе о защите прав частной собственности. Врачам и их работодателям следует оценить эту часть закона и иметь цель учесть ряд изменений в законодательстве при планировании собственной политики и практики. Дополнительные сложности – многие штаты имеют собственные специфические особенности своего законодательства, которые должны быть согласованы с упомянутым выше законом.

Нет однозначного решения для получения согласия на клиническое фотографирование и что можно делать с фотографиями. В Австралии совместимы как закон штатов, так и федеральный закон. Согласие должно быть фактическим и информированным, и результат всестороннего обсуждения с медицинским работником приведет к свободному согласию, так чтобы больной был способен его принять. Для того чтобы согласие имело законную силу, должно быть отчётливой подписью внизу подготовленной формы. Обоснованный подход к уверенному согласию больного и поддержка автономии больного необходимы, чтобы получить информированное согласие с пониманием специфической цели, предварительно записанной, до того как будет выполняться фотографирование. Больному должно быть совершенно ясно, что он может отозвать своё согласие в любое время, и он должен знать об этом.

Обязательства, которые представлены в этой статье, могут быть трудновыполнимыми в данном контексте в клинических условиях, и представляются обременительными, так как большинство клинических фотографий выполняется для будущей пользы больного. Австралийская медицина и система законов сталкиваются с вызовами, с которыми сталкивается и быстро развивающаяся технология, что сделало клиническое фотографирование и электронную запись частью общей клинической практикой в настоящее время.

Георгий РУДИН.

По материалам
Medical Journal of Australia.

Такие форумы проводятся раз в два года (см. «МГ» № 10 от 10.02.2012). Нынешний проходил под девизом «Переход и перевод: два вызова для нейрореабилитации» (Transition and Translation: Two Challenges for NeuroRehabilitation). Имелось в виду внедрение достижений фундаментальной науки в практику восстановительного лечения. Насыщенная программа конгресса, собравшего около 500 человек из многих стран мира, включала пленарные лекции и секционные заседания, причём некоторые из них были на немецком языке, что неудивительно, поскольку большинство участников были немецкоязычными.

Нейротравматологии нужна перестройка

Первая пленарная лекция, прочитанная Дафином Мурешану (D. Muresanu, Румыния) представляла собой обзор современных парадигм регуляции работы мозга в норме и патологии. В частности, можно выделить три уровня эндогенной модуляции ЦНС: 1) молекулярно-клеточный; 2) контурный (circuits) и 3) сетевой (dynamic network). Нейроны, глия и капилляры рассматриваются как единое целое (neurovascular unit) и действуют синергетически. Острое мозговое повреждение вызывает длительную защитную реакцию, в которой можно выделить две фазы: острую, направленную на уменьшение зоны повреждения (нейропротекция) и отсроченную, направленную на восстановление повреждённого мозга (нейровосстановление) (neurorecovery). Выдвигаемая Мурешану концепция эндогенной нейромодуляции является холистической и опирается на известную со времён античности гуморальную теорию (где задача врача состоит в восстановлении нарушенного в результате болезни баланса гуморов). Даже если повреждение является локальным, на него реагирует весь мозг, запуская процесс перестройки аксонов и дендритов в противоположном полушарии и спинном мозге (нейропластичность). При этом снижается концентрация ингибиторных гликопротеинов. Концепция нейрореставрации (neurorestoration) заключается в воздействии на неповреждённую ЦНС для стимуляции нейроваскулярной перестройки (remodeling) и последующего функционального выздоровления. По мнению Мурешану, восстановительное лечение должно сочетаться с реабилитационными процедурами. Кстати, в рамках конгресса состоялась встреча с секретарём Европейской федерации нейрореабилитационных обществ (ЕФНР) Фолькером Гёмбергом (V. Hoemberg, Германия) «Фармакология в нейрореабилитации» (см. также «МГ» № 98 от 21.12.2011).

Две сессии были посвящены ведению больных с тяжёлой черепно-мозговой травмой (ЧМТ) и их реабилитации. Как известно, неблагоприятные исходы во многом определяются высоким уровнем внутричерепного давления (ВЧД) в остром периоде. Одним из распространённых методов снижения ВЧД является барбитуровая кома. Однако, как отметил в своём выступлении Андреас Шварц (A. Schwartz, Германия), нет никаких доказательств улучшения исходов ЧМТ при применении барбитуратов. С другой стороны, в стандартах прописано обязательное снижение повышенного ВЧД. «Что мы лечим – ВЧД или больного?», – спрашивает Шварц. Действительно, назначение барбитуратов в больших дозах может привести к

снижению ВЧД, когда все попытки снизить его другими способами (терапевтическими и хирургическими) оказались безуспешными. Но барбитураты должны применяться только в отделении реанимации только у больных со стабильной гемодинамикой при условии постоянного мониторинга артериального давления. Назначение барбитуратов с целью профилактики повышения ВЧД недопустимо. Шварц предлагает заменить барбитуровую кому «терапевтической анестезией» (с помощью пропофола, кетамин, альфа-2-агонистов (таких как дексмететомидин), ингаляционных анестетиков, ксенона и т.д.).

однородную группу. Докладчик привёл несколько случаев тяжёлой ЧМТ, имевших одинаковый балл по шкале комы Глазго (ШКГ), но разный субстрат (диффузный отёк, субарахноидальное кровоизлияние, ушиб головного мозга, эпидуральная и субдуральная гематомы). ШКГ может использоваться для скрининга, но для оценки результатов лечения нужна новая шкала, которая учитывала бы виды ЧМТ, её фенотипы, индивидуальные особенности больного. Вопрос таксономии (т.е. адекватной классификации ЧМТ) был назван ключевым для оценки эффективности предлагаемых методик лечения.

постепенно увеличивать угол наклона. Данная процедура позволяла повысить уровень бодрствования при тяжёлой ЧМТ. С другой стороны, ранняя вертикализация может вызвать коллапс, повышение ВЧД и вегетативные нарушения. Оказалось, что больные лучше переносят наклоны головы вперёд при одновременных пассивных движениях ног с помощью специального тренажёра ходьбы (integrated stepping device). В проспективном исследовании, включавшем 4 больных с вегетативным статусом или СМС (менее 8 баллов по ШКГ) данная

возможных объяснений – нормализация функционирования ствола мозга. Также нуждается в дальнейшем изучении роль нейрохирургических вмешательств у больных в бессознательном состоянии, таких как глубинная мозговая стимуляция (ГМС), вентрикулярное шунтирование (при посттравматической водянке), краниопластика у больных с дефектом черепа (по данным иранских нейрохирургов, закрывать дефект лучше в первые два месяца после травмы, а не ждать несколько месяцев).

Ранняя реабилитация при тяжёлой ЧМТ включает адекват-

Деловые встречи

Трудности перевода

В Вене состоялся III Европейский конгресс по нейрореабилитации

Доклад Генриха Биндера (H. Binder, Австрия) был посвящён лечению делирия, который возникает у 60-87% больных в отделении реанимации, но часто не диагностируется и неправильно лечится. Делирий чаще возникает у пожилых больных (наблюдается у 20% госпитализированных больных старше 65 лет) и является прогностически неблагоприятным фактором. Основными факторами риска делирия являются: 1) предшествующая деменция, 2) артериальная гипертензия и/или алкоголизм в анамнезе, 3) тяжёлое состояние при поступлении и 4) кома. Назначение лоразепама повышает риск развития делирия. При делирии отмечается снижение в сыворотке уровня ацетилхолина и триптофана и, наоборот, повышение уровня дофамина. Частота делирия возрастает при воспалении и после хирургических вмешательств. Назначать антипсихотики рекомендуется только при выраженном возбуждении в минимально возможных дозировках в течение короткого времени (как правило, не более 1-2 дней). Ранняя мобилизация является лучшей профилактикой делирия.

К сожалению, лекарств с доказанной эффективностью при лечении ЧМТ почти нет. Например, были проведены около тысячи клинических испытаний (КИ) так называемых нейропротекторов и все были негативными. В причинах этого пытался разобраться Дэвид Райт (D. Wright, США) в докладе «Почему провалились КИ III фазы прогестерона?». Ведь имеется более 200 публикаций о положительном эффекте прогестерона при нейротравме. Поэтому, отвечает Райт, что дизайн всех этих КИ был ущербным. Необходимо исследовать не только лекарство, но и соответствующий биомаркер его активности. Маркеры бывают нескольких видов – прогностические, диагностические, фенотипические и т.д. В данном случае нужен фармакодинамический маркер, который позволял бы выявить оптимальную дозу и активность исследуемого препарата. Во-вторых, следует пересмотреть подход к доклиническим испытаниям на животных. Такие испытания также должны быть мультицентровыми (проводиться в различных лабораториях по единому протоколу), а их дизайн – аналогичен предполагаемым КИ (двойные, слепые, плацебоконтролируемые). В-третьих, необходимо отдавать себе отчёт в том, что больные с ЧМТ представляют весьма не-



Профессор Пауль-Вальтер Шёнле (Германия) (слева) на выставке новой аппаратуры

Встань и проснись

Реабилитация начинается в отделении реанимации. Эту известную (увы, не для всех) истину повторил в своём докладе Леопольд Сальтуари (L. Saltuari, Австрия), избранный новым президентом ЕФНР. Данное положение справедливо и в отношении больных, находящихся в вегетативном состоянии и состоянии минимального сознания (СМС) (minimally conscious state). При сравнении двух групп больных с тяжёлой ЧМТ групп, получавшая раннюю реабилитацию, показала значительное снижение длительности комы и продолжительности пребывания в отделении реанимации. Чем более интенсивна реабилитация (независимо от вида процедуры), тем лучше исходы. Например, для профилактики мышечных контрактур применяется пассивная мобилизация, шинирование и этапное гипсование (serial casting). Последняя стратегия (этапное гипсование) имеет второй уровень доказательности (grade V) для улучшения объёма пассивных движений, и третий (grade C) – для снижения мышечного тонуса. У больных в коме или вегетативном состоянии также применяется сенсорная стимуляция, однако её целесообразность остаётся под вопросом. Более убедительные данные получены при ранней вертикализации больных с угнетением сознания с помощью ортостатического стола (tilt table), позволяющего

процедура применялась, начиная с 3-го дня после травмы, 5 раз в неделю по 30 мин. в день на протяжении 3 недель. Угол наклона ортостатического стола постепенно увеличивался от 0 до 60° в течение 9 мин. Частота ходьбы с помощью тренажёра составляла 20 шагов/мин. на всём протяжении лечения. Никаких сердечно-сосудистых нарушений при этом не наблюдалось. Таким образом, данная процедура может быть безопасной, а для оценки её эффективности нужны КИ на большем числе таких больных.

Единственным препаратом, ускоряющим выход больных из длительного бессознательного состояния после ЧМТ, является амантадин. Механизм действия этого препарата достоверно неизвестен (предполагается дофаминергический эффект), однако опубликованное в The New England Journal of Medicine (J.T. Giacino et al., 2012) плацебо-контролируемое КИ убедительно показало его эффективность. Поэтому Сальтуари рекомендует проводить раннюю реабилитацию таким больным на фоне назначения амантадина. Могут ли быть столь же эффективны для выведения из комы другие препараты, такие как бромкриптин или метилфенидат? Вопрос остаётся открытым, поскольку их КИ не проводились. Неожиданно было обнаружено повышение уровня бодрствования у больных, которым имплантировались баклофеновые помпы для уменьшения спастичности. Одно из

возможных объяснений – нормализация функционирования ствола мозга. Также нуждается в дальнейшем изучении роль нейрохирургических вмешательств у больных в бессознательном состоянии, таких как глубинная мозговая стимуляция (ГМС), вентрикулярное шунтирование (при посттравматической водянке), краниопластика у больных с дефектом черепа (по данным иранских нейрохирургов, закрывать дефект лучше в первые два месяца после травмы, а не ждать несколько месяцев).

Уроки французского

Французским рекомендациям по лечению поведенческих расстройств после ЧМТ посвятил своё выступление Жак Луоте (J. Luote, Франция). Зачем они нужны? Чтобы объективизировать поведенческие расстройства, оценить связанные с ними риски и эффект лечения (КИ), а также в целях судебно-медицинской экспертизы. Все поведенческие расстройства были разделены на 2 группы – избыточные (агрессивность, булимия, гиперсексуальность и т.д.) и недостаточные (апатия, абulia, апрагматизм и т.д.). Например, агрессивность встречается в 25-39% случаев ЧМТ (предрасполагающими факторами являются мужской пол, орбитофронтальные поражения, нарушения речи и т.д.). Апатия наблюдается в 20-71% случаев ЧМТ и связана латеродорсальными префронтальными поражениями и дерегуляторным синдромом (dysexecutive syndrome). Было предложен термин «модераторы расстройств поведения», то есть факторы, повышающие или, наоборот, снижающие риск поведенческих расстройств после ЧМТ. Например, у носителей аллеля APOE 4 прогноз ЧМТ хуже, в то время как высокий уровень образования и благоприятная обстановка (advantaged environment) улучшат прогноз. Для разработки рекомендаций была создана рабочая группа из 21 профессионала и представителей семей пострадавших с ЧМТ. Вначале по базам данных был сделан отбор научных публикаций для последующего анализа (всего было проанализировано 299 статей). Большинство имеющихся рекомендаций (90%) – это мнения экспертов. Экспертам предстояло ответить на 6 вопросов: 1. Какие симптомы ассоциального поведения (disruptive symptoms) доступны лечению? 2. Как их

оценивать? 3. Какие мы можем предложить немедикаментозные вмешательства? 4. Какие методы лекарственного лечения мы можем рекомендовать? 5. Можем ли мы определить стратегии ведения больных? 6. Как предотвращать и проследить катамнез поведенческих расстройств? На каждый из этих вопросов докладчик давал развернутые ответы. Рамки газетной статьи не позволяют привести их полностью.

Для оценки расстройств поведения применялся, во-первых, описательный (нарративный) подход (оценка поведения врачом, психологом, медсестрой, самим больным и теми людьми, кто знал его раньше). Во-вторых, давалась оценка поведения в кризисной ситуации (определение риска суицида по шкале Бека и оценка насильственных действий). В-третьих, проводилась его оценка вне кризиса (по различным стандартизированным шкалам). Когда и как использовать ту или иную шкалу? В первую очередь, для диагностики. Во вторую, для оценки эволюции симптома. При этом должна быть известна чувствительность, специфичность, и воспроизводимость каждой применяемой шкалы, причём французские версии всех шкал должны быть валидизированы (кстати, у нас валидизация при переводе англоязычных шкал на русский язык обычно не делается, что может привести к недостоверным результатам отечественных КИ – Б.Л.). Рекомендованное немедикаментозное лечение после ЧМТ включает холистический и адаптивный подходы, когнитивно-поведенческую терапию, семейную поддержку и системную семейную терапию и психоаналитическую терапию. В частности, следует избегать стрессовых ситуаций и не следует отвечать агрессией на агрессивность больного. При анализе литературы по лекарственному лечению поведенческих расстройств после ЧМТ (проанализировано 89 статей) было выявлено 16 рекомендаций. Большинство лекарств назначались вне официальных одобренных показаний (off label). Например, бета-блокаторы (пропранолол в дозе 40-80 мг/сут) может уменьшать агрессию и ажитацию после ЧМТ (уровень доказательности В). Также с этой целью могут назначаться противосудорожные препараты (карбамазепин и вальпроаты) (уровень С) и антидепрессанты (сертралин в дозе до 200 мг/сут – уровень В) и амитриптилин в малых дозах (25 мг/сут) при возбуждении (уровень С). Назначения леветирацетама следует избегать, поскольку он часто вызывает расстройства поведения и настроения. Назначения нейролептиков также следует, по возможности, избегать, поскольку они могут подавлять пластичность мозга и имеют серьёзные побочные действия. Предпочтение следует отдавать атипичным нейролептикам второго поколения. Доказательств эффективности амантадина при возбуждении, агрессивности и тревоге после ЧМТ нет, но имеются публикации случаев из практики, в которых отмечается улучшение апатии, расстройств мотивации и процесса принятия решений при назначении амантадина в дозе 300 мг/сут. Рекомендуется обеспечить больного и его родственников информацией о доступных ему формах социальной помощи на протяжении всего периода наблюдения. Подчёркивается важность прослеживания катамнеза после выписки больного из стационара.

Сессию завершал доклад Вальтера Одера (W.Oder, Австрия) о важности программ трудовой реабилитации после ЧМТ. Возвращение к работе рассматривается как ключевой компонент всей программы реабилитации. Относительный риск безработицы через 3-5 лет после ЧМТ у мужчин в пять раз выше, а у женщин – втрое выше (по сравнению с уровнем безработицы в популяции). Те пострадавшие с ЧМТ, которые возвращаются к труду, работают меньше, чем до травмы, меньше зарабатывают и чаще меняют работу. Но дело не только в финансах. Возвращение к продуктивному труду уменьшает вероятность инвалидизации, развития депрессии, алкоголизма и т.д. Но из-за неврологических, когнитивных, поведенческих и эмоциональных изменений больным с ЧМТ тяжело трудоустроиться. Лишь 40% больных после ЧМТ средней тяжести могут вернуться на прежнюю работу. Если посттравматическая амнезия длится более 2 месяцев, то такой больной к работе никогда уже не вернётся (вследствие потери памяти, снижения способности к обучению и концентрации внимания, эмоциональных расстройств).

Персонализированная реабилитация

Порой возникало ощущение, что попал на съезд психиатров. На секции по расстройствам памяти Майкл Копельман (M.Kopelman, Великобритания) выступил с докладом о психогенной фокальной ретроградной амнезии. Термин «фокальная ретроградная амнезия» был предложен в 1989 г. Нариндером Капуром (N.Kapur) и обозначает ретроградную амнезию при отсутствии антероградной амнезии. Она часто наблюдается после сотрясения головного мозга. При этом на КТ или МРТ никакой патологии обычно не выявляется. По мнению Копельмана, в большинстве, или даже во всех случаях фокальная ретроградная амнезия является психогенной (вероятно, вследствие подавления памяти – memory inhibition). В качестве иллюстрации приведены два случая, когда были назначены антидепрессанты, и наблюдалось полное возвращение памяти 3 месяца спустя.

Вернер Штирк (W.Stirk, Швейцария) предложил новую семиологию психотических симптомов, основанную на функциональной нейроанатомии. Каждому виду поведения (язык, эмоция, движение) соответствует своя мозговая система (языковая, лимбическая, двигательная) и соответствующий набор симптомов при её нарушениях. Очень любопытными показались результаты измерения (с помощью лазера) размеров личностного пространства при шизофрении. В контрольной группе расстояние между двумя беседующими людьми составляло в среднем 1,11 м, при бреде преследования (paranoid threat) оно увеличивалось более чем вдвое (до 2,41 м), а при психическом автоматизме (paranoid power), наоборот, снижалось до 0,76 м.

Пленарная лекция Мортон Крингельбаха (M.Kringelbach, Великобритания) была посвящена ангедонии (неспособности наслаждаться). По утверждению автора, изучение мозговых механизмов удовольствия поможет лучше лечить ангедонию, которая часто встречается при аффективных расстройствах. По существу, речь идёт о новой френологии, где каждой функции соответствует свой участок мозга или мозговой контур.

Получение удовольствия рассматривается как циклический процесс, включающий фазы желания, наслаждения и обучения. С помощью функциональной МРТ (фМРТ) изучался мозговой кровоток во время полового акта, что позволило увидеть различия между настоящим оргазмом и его имитацией. Разрабатываются



Генрих Биндер

математические модели функционирования мозга. По словам Крингельбаха, речь идёт о вычислительной нейропсихиатрии, которая позволит поставить нейрореабилитацию на научные рельсы. Например, можно будет персонализировать реабилитационные программы при инсульте, «управляя мозговой перестройкой».

Нейрофизиология красоты

Так называлась пленарная лекция Семира Зеки (S.Zeki, Великобритания). Вопросами эстетики обычно занимаются философы и искусствоведы, но нейрофизиологам тоже есть что сказать. Какие нейрональные системы активируются, когда мы испытываем чувство прекрасного? Красота, утверждает Зеки, есть не только в изобразительном искусстве, но и в поэзии, музыке, математических формулах и т.д. Что общего в красивом? Была разработана рейтинговая 10-балльная шкала (где +5 – красота, а -5 – уродство), по которой 360 случайным опрошенным предлагалось оценить произведение живописи и музыки (самыми красивыми оказались «Большая одалиска» Энгра и Симфония № 5 Малера). Математикам предложили оценить по этой же шкале 60 уравнений. Наиболее красивым признали уравнение Эйлера $1+e^{i\pi} = 0$. При проведении фМРТ оказалось, что во всех случаях восприятия красивого (будь то живопись, музыка или математическое уравнение) активируется одна и та же зона – поле А1 медиальной орбито-фронтальной коры.

По словам Бертрана Рассела, «математика обладает не только истиной, но и высшей красотой». Как соотносятся истина и красота? Красота, утверждает Зеки, предшествует истине. Например, физик Герман Вейль вывел изящную формулу, пытаясь примирить электромагнетизм с теорией относительности. Эйнштейн его высмеял, поскольку расчёты Вейля противоречили экспериментальным данным. Но затем, в свете квантовой механики, выяснилось, что Вейль был всё-таки прав. Ему приписываются следующие фразы: «В своей работе я всегда пытался объединить истинное с прекрасным, но если приходилось между ними выбирать, я всегда отдавал предпочтение прекрасному». И оказывался прав.

Право на нейрореабилитацию

По окончании конгресса его президент и основатель ЕФНР профессор Генрих БИНДЕР (Австрия) поделился с корреспондентом «МГ» своими впечатлениями и любезно согласился ответить на вопросы.



– Все участники проявили большой интерес к программе нашего форума, – сказал профессор Биндер. – Мы намеревались, как и в прошлые разы, собрать все европейские общества по нейрореабилитации, с тем чтобы наш голос был слышен в Брюсселе (где находится руководство Евросоюза – Б.Л.). Вы не представляете, как это трудно, поскольку в разных странах эти общества организованы по-разному. Наша цель – найти общие решения общих проблем, таких как организация нейрореабилитации, повышение уровня образования специалистов, признание иностранных дипломов. Мы должны обеспечить всех европейцев одинаково хорошим уровнем оказания нейрореабилитационной помощи без какой-либо дискриминации. Каждый имеет право на нейрореабилитацию.

– Но ведь финансовые возможности разных стран тоже различны. Достижима ли в таком случае ваша цель?

– Я считаю, что достижима, но для этого мы должны быть вместе. Надо убеждать политиков в необходимости достичь минимально приемлемого уровня поддержки наших больных.

– Какие проблемы нейрореабилитации вы считаете ключевыми?

– Лечение неврологических заболеваний в остром периоде во всех странах Европы налажено хорошо. Проблема в том, что сразу же после инсульта или ЧМТ необходимо начинать реабилитацию. К сожалению, в большинстве стран существует разрыв, исчисляемый днями или даже неделями, между окончанием интенсивной терапии и началом нейрореабилитации. Мы теряем драгоценное время. Если этот разрыв уменьшить, то это приведёт к сокращению сроков госпитализации, а каждый больной достигнет лучшего состояния за меньший временной промежуток.

Одной из ключевых проблем я считаю поиск надёжных маркеров нейронального повреждения. На сегодняшний день их нет, но я надеюсь, что они в ближайшем десятилетии появятся, что связано с исследованием генома человека и развитием вычислительной техники. Биомаркеры показывают нам, что происходит в каждой клетке мозга, позволяя найти мишень для лечения. Что-

бы понять, как работает нейронная сеть, нужны сверхмощные компьютеры, которые позволили бы одновременно анализировать десятки биомаркеров, установив для каждого случая индивидуальный паттерн. Таким образом можно будет назначать каждому больному своё лечение.

Также существует проблема реабилитации хронических неврологических заболеваний. Каждое неврологическое заболевание является хроническим. Инсульты часто возникают повторно, больные с болезнью Паркинсона и болезнью Альцгеймера также нуждаются в реабилитации. Значит, для них нужны реабилитационные центры, в том числе амбулаторные. Нейрореабилитация должна быть комплексной и включать как физическое, так и лекарственное лечение. Нельзя сводить её к двигательной реабилитации, игнорируя при этом когнитивные и эмоциональные проблемы.

– Обращает на себя внимание тот факт, что в работе конгресса активно участвовали психиатры.

– Нельзя разделять морфологический субстрат мозга и его функцию. Каждый больной после инсульта или ЧМТ страдает от депрессии и посттравматического стрессового расстройства.

– Непрерывная комплексная реабилитация хронических больных потребует больших расходов и обученного персонала, а ожидать быстрых результатов не приходится...

– Это так, но мы можем замедлить прогрессирование заболевания, что также важно для системы здравоохранения, потому что больные, чья болезнь быстро прогрессирует, требуют больших расходов по уходу.

– Какие выступления на данном конгрессе вы считаете самыми интересными?

– Прежде всего, я бы отметил сессию, посвящённую ранней реабилитации. Две сессии были посвящены детской нейрореабилитации. К сожалению, реабилитация детей отстаёт от реабилитации взрослых, потому что педиатры не проявляют к этому интереса. Исключение составляют лишь ортопеды.

– Если посмотреть программу конгресса, в ней много докладов из немецкоязычных стран и очень мало – из стран Средиземноморья (кроме Италии) и Восточной Европы. Чем вызвана подобная диспропорция?

– Дело, во-первых, в том, что в ряде стран (например, в Испании) нет нейрореабилитационных обществ. Во-вторых, основателями ЕФНР были австрийское, немецкое и швейцарское общества. Постепенно число национальных нейрореабилитационных обществ увеличивается. Мы рады, что к нам присоединились французские коллеги. Странно, что российское общество не принимает участия в нашей работе.

– В качестве пленарных докладчиков вы пригласили представителей фундаментальных наук. Особенно запомнилась лекция Семира Зеки. Чем был продиктован ваш выбор?

– Культура – часть нашей жизни. Например, мы используем рисование для реабилитации. Конечно, нам интересно, что происходит в мозгу, когда мы наслаждаемся красотой. Ангедония – частое явление в нейрореабилитации, и искусство помогает её преодолеть.

Болеслав ЛИХТЕРМАН,
спец. корр. «МГ».

Вена – Москва.

Специалисты гнойно-септического центра Красноярской краевой клинической больницы и Красноярского государственного медицинского университета усовершенствовали и внедрили в клиническую практику «обновлённую версию» вакуум-ассистированной лапароскопии при распространённом гнойном перитоните.

Немцу Вегенеру приписывают фразу, якобы произнесённую им в 1876 г.: «Моё поколение воспитано в страхе перед богом и перитонитом». Веком позже, в 1971 г. известный советский хирург, профессор Кирилл Симонян признался: «Прошло 100 лет с тех пор, как написаны эти слова, но, к сожалению, страх перед богом прошёл, а перед перитонитом остался». И надо сказать, ещё 45 лет спустя перитонит по-прежнему остаётся реальной угрозой для хирургов и пациентов: летальность при данном осложнении от 40 до 80%.

– В течение года в целом по региону мы оперируем около 25 тыс. больных с абдоминальной хирургической патологией. Столько людей, сколько спасает абдоминальная хирургия, ни один другой раздел хирургии не спасает! Из них погибает всего 350 человек, то есть летальность 0,5-0,6%. Однако более чем в половине случаев причиной смерти пациентов становится распространённый гнойный перитонит, что не может нас не беспокоить. В больницы Красноярского края ежегодно поступает около 500 пациентов с таким диагнозом, – говорит руководитель гнойно-септического центра краевой клинической больницы, заведующий кафедрой хирургических болезней КрасГМУ, доктор медицинских наук, профессор Дмитрий Черданцев.

У хирургов краевой больницы уже был опыт применения «вакуумной» технологии в лечении пациентов с инфекциями кожи и мягких тканей при осложнениях сахарного диабета, травматических повреждениях, ожоговых ранах. А в конце 2015 г. Красноярский краевой фонд науки предоставил учёным-хирургам грант, на средства которого они смогли приобрести абдоминальный комплект – аппарат и расходные материалы для вакуум-ассистированной лапароскопии. При этом красноярские специалисты не просто воспользовались гото-

Современные технологии

Перитонит: века идут, проблема остаётся

Кто должен сравнивать эффективность импортных и российских технологий?



Дмитрий Черданцев оперирует больного с перитонитом

вой технологией, а усовершенствовали её.

– Наш подход заключается в том, что мы отработаем не только саму методику вакуум-ассистированной лапароскопии, но и технологические процедуры, которые должны последовать за наложением лапароскопии, в частности, использование полипропиленовой сетки для уменьшения травматизации краёв послеоперационной раны и защиты её с помощью специальной коллагенхитозановой пластины, – поясняет профессор Д.Черданцев.

Применение обновлённой технологии в гнойно-септическом центре клинической больницы показало, что она позволяет эффективно купировать воспаление в брюшной полости в промежутках между операциями у больного перитонитом, при этом уменьшается летальность

в данной категории пациентов, а срок их пребывания в стационаре сокращается с 1,5 месяцев до 3 недель.

Теперь, чтобы приобрести ещё несколько аппаратов с достаточным количеством расходных материалов и обеспечить потребность в данном виде медицинской помощи всех пациентов, которые в этом нуждаются, хирургам предстоит убедить руководство регионального фонда обязательного медицинского страхования в необходимости включить технологию вакуум-ассистированной лапароскопии в перечень оплачиваемых из средств ОМС. Существующие тарифы на оказание медицинской помощи не включают эти дорогостоящие «расходники», а требовать от пациентов самих оплачивать жизненно спасающее лечение в краевой больнице считают недопустимым.

Пока здесь не проводили клинико-экономических исследований, но даже без таких расчётов, просто на уровне банальной логики можно предположить, что удорожание на этапе контроля локального воспалительного процесса окупится уменьшением потребности в антибиотиках, сокращением длительности нахождения больного на дорогостоящей стационарной койке, полным восстановлением его работоспособности.

– Насколько мне известно, именно советские хирурги в 60-70-е годы прошлого века были пионерами использования вакуума при лечении гнойно-воспалительных заболеваний. Кустарным способом изготавливались экспериментальные аппараты, в архивах хирургической службы Красноярской краевой больницы даже хранится фотография такого аппарата.

Но, к сожалению, промышленной реализации данная идея не получила, и в итоге авторами уже готовой аппаратной технологии оказались не российские учёные: инициатива ушла к иностранным производителям, – сетует Д.Черданцев.

И всё-таки, чтобы эффективная технология лечения перитонита стала доступной российским больным, вовсе не обязательно кормить зарубежные компании: к счастью, уже появились отечественные аналоги вакуумных аппаратов, стоимость которых, согласно декларации, в 3-4 раза ниже. Правда, пока красноярские хирурги не имели возможности опробовать эту технику в действии, знают о ней исключительно по рассказам продавцов. И это обстоятельство выводит наш разговор на ещё одну актуальную тему.

Программа импортозамещения в российской хирургии сегодня актуальна. Есть предложения от российских производителей, но на апробацию каждого из предлагаемых ими приборов и аппаратов уйдёт время, а это означает потерянные жизни пациентов. Можно ли решить задачу таким образом, чтобы каждая больница не шла сама по пути апробации и сравнительных исследований, а проводились бы некие централизованные исследования, и по их результатам давались заключения, рекомендации?

– Если говорить о советских временах, тогда не практиковалась апробация каждого нового метода и каждого нового прибора в каждом медицинском учреждении. Уважаемые эксперты говорили: «Мы это опробовали, это работает». И у всех остальных хирургов не было оснований им не верить. Я думаю, данную практику стоит возобновить. В стране есть очень авторитетные научные коллективы – Институт хирургии им. А.В.Вишневского, Российский научный центр хирургии и др. Именно на их базе и следовало бы проводить апробацию всех появляющихся технических новинок российского производства. В противном случае, если каждая региональная клиника начнёт этим заниматься сама, сроки принятия решений, закупок оборудования, расходных материалов и внедрения технологий в практику могут растянуться до непрогнозируемых, – заключает профессор Д.Черданцев.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Красноярск.

Фото предоставлено
Красноярской краевой больницей.

Начеку!

Щит против инфекции

Разрабатывается метод быстрой диагностики лихорадки Зика

Российские учёные планируют до марта запатентовать первый практический метод быстрой диагностики лихорадки Зика, сообщили в Центральном НИИ эпидемиологии Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор).

«Наш институт разработал диагностику лихорадки Зика, уже апробируем её», – сказал заместитель директора НИИ Виктор Малеев. Он заметил, что «пока учёные имеют только сложные методы диагностики, требующие длительных лабораторных исследований, а быстрых нет, чтобы врачи непосредственно на участке могли их применить. У возможного больного будет браться в нашем институте капля крови, мы проверим её и

определим – Зика это или нет».

Учёные полагают, что в ближайший месяц разработанный ими метод должны утвердить, и им будет выдана лицензия. «Думаю, в марте мы её уже получим», – сказал В.Малеев.

Ранее глава Минздрава России Вероника Скворцова сообщила, что российские учёные занимаются разработкой вакцины против геморрагической лихорадки Зика, эпидемия которой разгорается в Южной Америке. По словам В.Скворцовой, Институт вирусологии Минздрава «параллельно всерьёз разрабатывает изменение структуры и свойств различных вирусных агентов, чтобы мы были защищены полностью».

Министр также заметила, что Россия является абсолютным лидером в мире по части вирусологии и определённых направлений микробиологии. В декабре 2015 г.

Минздрав России зарегистрировал две отечественные вакцины против лихорадки Эбола.

По мнению В.Скворцовой, нам эпидемии лихорадки Зика можно не опасаться, поскольку в стране нет природных очагов, которые поддерживали бы эту инфекцию, а для предотвращения отдельных случаев завоза инфекции под особый контроль взяты авиарейсы из 27 стран.

Напомним, что 27 января Президент РФ Владимир Путин поручил В.Скворцовой не допустить распространение вируса Зика в стране. «Комары его разносят. Они, конечно, через океан не перелетят, но инфицированные люди могут перелететь, и перелетают», – сказал глава государства.

Между тем в Национальных институтах здравоохранения США (National Institutes of Health) полагают, что не стоит ожидать

появления вакцины против вируса Зика в ближайшее время, так как разработка подобных средств обычно занимает несколько лет.

Энтони Фауси (Anthony Fauci), возглавляющий Национальный институт аллергии и инфекционных заболеваний НИИ, рассказал, что в настоящее время на разных этапах клинических исследований находятся вакцины против лихорадки Денге, вируса Чикунгунья и вируса Западного Нила, которые вместе с вирусом Зика входят в одно семейство. Возможно, какая-то из этих вакцин окажется перспективной в профилактике лихорадки Зика.

Помимо исследования уже созданных вакцин, НИИ планирует усилить финансирование бразильских учёных, занимающихся разработкой вакцины непосредственно от вируса Зика. Вспышка заболевания может

отрицательно сказаться на посещении Бразилии иностранными туристами – летом 2016 г. в этой стране состоятся XXXI летние Олимпийские игры.

Между тем, как сообщают информагентства, группа американских исследователей пришла к выводу, что комары вида *Aedes aegypti*, являющиеся переносчиками вируса Зика, после инфицирования их бактериями утрачивают способность к передаче возбудителя лихорадки своим жертвам. Это открытие может быть также эффективно использовано для борьбы с нежданной напастью, свалившейся на Южную и Латинскую Америку.

Вирус Зика известен с середины XX века и до недавнего времени не считался опасным заболеванием. Однако в конце прошлого года эпидемиологи выявили повышенную частоту случаев микроцефалии у детей, рождённых в районах, охваченных вспышками этой инфекции. Ещё одно возможное осложнение инфекции у детей и взрослых – синдром Гийена – Барре.

Валентин МАЛОВ.

МИА Сити!

Перспективы

Раковые метки

В Москве во Всемирный день борьбы с онкологическими заболеваниями прошёл IX форум «Движение против рака», на котором отмечалось, что уже больше 40 лет в онкологии муссируется одна и та же тема: основная причина неудач в онкологии — позднее выявление злокачественных болезней.

Выступавшему можно было бы возразить, что люди рождаются с геномными комбинациями, приводящими к болезням, развивающимся на разных этапах жизни (примерами могут служить прогерия и аутизм). Нас защищает от рака иммунная система, действующая на клеточном и белково-антительном уровнях. Однако их «равновесие» может нарушаться, и тогда может возникнуть эмфизема вследствие хронического поражения лёгких на фоне поражения печени. К такому выводу пришли сотрудники ливерпульского Института тропической медицины, которые провели ДНК-анализ викингского наследия у жителей Англии. Известно, что смена клеток трахеи и бронхов происходит благодаря сбалансированному взаимодействию ферментов протеаз, расщепляющих протеины (например, трипсина поджелудочной железы), и их ингибитора антитрипсина (АТ).

Раскопки захоронений викингов в Дании показали, что их преследовали глистные инвазии, вызывавшие соответствующую реакцию со стороны иммунной системы. В норме глисты, поражающие от 5 до 10% населения мира, вызывают повышенный синтез β-лимфоцитами антительного иммуноглобулина E (IgE). «Стабилизация» активной формы антитела происходит за счёт присоединения к нему молекулы АТ, подавляющего действие того же трипсина и других протеаз. Сейчас люди моют руки перед едой и едят нормальную пищу, однако древнее молекулярное «наследство» даёт знать о себе в виде аномального АТ, мутации в гене которого приводят к нарушению «защиты» органов.

Организмы рождаются с определённым запасом «жизненной

энергии», которую можно оценить в годах продолжительности жизни (LS – Life Span). Прогерия встречается крайне редко, в то же время в США с 1980 по 2015 г. число столетних увеличилось с 15 до 72 тыс. Вполне возможно, что столь существенная «прибавка» обусловлена лучшим «изничтожением» старых и стареющих клеток организма, что высвобождает ресурсы, позволяющие стволовым клеткам давать новое потомство. По крайней мере в клинике Майо в городе Рочестер эту точку зрения подтвердили ген-модифицированные мыши, у которых осуществлялось «вычищение» стареющих клеток, отравляющих своими выделениями-секретами клеточное окружение. Интересно, что увеличение продолжительности жизни на 20-30% наблюдалось не только у самок, но и самцов (все прежние успехи касались исключительно представительниц мышинного рода). Учёные Оксфорда сообщили, что им путём манипуляции с геном «починки» разрывов ДНК, нарушения которого ведут к стерильности самцов, удалось восстановить плодотворность мышей. Известно, что спермии образуются из стволовых клеток, регулярно «откликающихся» на сигналы внутриклеточных часов.

Исследователи Пенсильванского университета в Филадельфии показали, что один из генов-«таймеров» отвечает за клеточное старение и продолжительность жизни. Его воздействие больше всего проявляется в клетках печени и сердечной мышце, а также нейронов, регулирующих артериальное давление. Блок активности гена привело к выключению «часов», ускоренному старению клеток и сокращению жизни мышей, однако всего этого не происходит, если «часы» ломали у взрослых животных. Учёные были удивлены тем, что у второй группы мышей улучшился рост волос и резко пошёл на убыль атеросклероз сосудов. В печени отмечено снижение активности генов суточного ритма, однако общая активность генома изменений не претерпела. Теперь нужно понять, а что же этот «временной» ген делает в клетках.

Старение клеток и организ-

мов оценивается помимо всего прочего и увеличением числа опухолей, поэтому врачам важно иметь простой и дешёвый тест обнаружения молекулярных сигнатур рака, что предложила в Национальном институте здоровья Лаура Элницки (Elnitski). Ещё в 2013 г. в её лаборатории обнаружили аномальный уровень метилирования (присоединения метильных групп –СНз) ДНК вокруг гена, который уникален для опухолевых состояний. Метилирование представляет собой механизм выключения генов, что наблюдается при рождении, когда блокируются гены эмбрионального развития. Учёные обнаружили включение этого механизма в клетках 15 опухолей 13 органов, посчитав метилирование вокруг гена универсальным опухолевым маркером, или сигнатурой. В своей статье они доказали, что это действительно так, на примере опухолей толстого кишечника и лёгких, грудной железы и желудка, а также маточного эндометрия (в 184 биопсиях). «Склонность» к злокачественному делению сохранялась даже после удаления 99% метильных «меток», что лишний раз доказывает возможность роста опухоли из одной клетки.

Опухолевые клетки циркулируют в крови, поэтому сотрудники Элницки проверяют на наличие сигнатур кровь пациентов с раком мочевого пузыря и грудной железы, толстого кишечника и поджелудочной, а также предстательной желез.

Учёные надеются на успех, поскольку опухолевая ДНК достигает 1-10% от всей ДНК, циркулирующей в крови. Их руководитель пока не понимает механизма повышенного метилирования раковой ДНК и считает, что это может быть отражением общего дисбаланса клеточного генома, лежащего в основе роста опухоли. Ситуация осложняется ещё и тем, что никто не знает функции гена, вокруг которого в опухолях идёт интенсивное метилирование. Думается, что вскоре эти проблемы будут успешно решены.

Игорь ЛАЛАЯНЦ,
кандидат биологических наук.

По материалам
The Journal of Molecular Diagnostics.

ФГБУ «ЦНИИС и ЧЛХ» Минздрава России

объявляет конкурсный отбор на замещение вакантных должностей

ОТДЕЛ ОРГАНИЗАЦИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ, ЛИЦЕНЗИРОВАНИЯ И АККРЕДИТАЦИИ

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

ОТДЕЛ ДЕТСКОЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ И СТОМАТОЛОГИИ

Научный сотрудник, к.м.н., б/с

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

ОТДЕЛ РАЗРАБОТКИ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНЫХ МЕТОДОВ РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ

Главный научный сотрудник, д.м.н.

ГРУППА ПАРОДОНТОЛОГИИ

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

ГРУППА ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ И ИМПЛАНТОЛОГИИ

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

ОТДЕЛ ОБЩЕЙ ПАТОЛОГИИ

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

ОТДЕЛ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ

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

ОРТОДОНТИЧЕСКАЯ ГРУППА

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

ГРУППА ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Старший научный сотрудник, к.м.н., б/с

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

ЛАБОРАТОРИЯ РАЗРАБОТКИ И ФИЗИКО-ХИМИЧЕСКИХ ИСПЫТАНИЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ

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

Приём документов – месяц со дня публикации объявления.

Адрес: ул. Тимура Фрунзе, 16, Москва.

Тел. (499) 246-44-49.

Исследование

Без боли

и без зависимости

У людей нередко развивается смертельно опасная зависимость от опиоидных анальгетиков, к которым относится морфин. Такие препараты имеют ещё целый букет побочных эффектов...

Исследователи из Тулейнского университета обнаружили: существует соединение, обладающее такими же болеутоляющими свойствами, а вот побочных эффектов у него гораздо меньше. Речь идёт об эндоморфине. Это нейропептид, вырабатываемый в организме. Учёные сравнивали эндоморфин с морфином, проведя исследование на крысах. Лекарство с эндоморфином воздействовало на те же рецепторы, что и морфин. Исследование показало: препарат надолго избавлял грызунов от боли, практически не замедляя их дыхания. Кроме того, координация движений у подопытных животных

после морфина сильно ухудшалась. При использовании препарата с эндоморфином этого не происходило.

Новый препарат практически не вызывал привыкания. Дело в том, что морфин активизирует глиальные клетки спинного мозга, из-за чего, вероятно, развивается зависимость. Эндоморфин таким действием не обладает.

Были проведены разные тесты. Подопытные крысы проводили больше времени в отсеке, где получали морфин. А эндоморфин не был связан с подобным поведением. Во втором эксперименте грызуны активно нажимали на рычаг, чтобы им сделали больше инъекций морфина. Попыток получить эндоморфин животные не предпринимали. Клинические испытания нового препарата на людях начнутся в ближайшие 2 года.

Сергей КРЫМОВ.

По материалам The Daily Mail.

Открытия, находки

Ещё до войны это заболевание называли по-гречески «схизофрения», то есть «расщеплённый мозг». Анатомы древней Эллады подчёркивали этим самым, что мозг разделён на два полушария и ничего больше. Авторы большого геномного исследования, результаты которого опубликованы в Nature, утверждают, что «схизофрения больше не чёрный ящик», подразумевая, что риск развития болезни связан со сложной вариабельностью гена одного из протеинов неспецифической иммунной защиты, нарушение которого ведёт к аутоиммунным расстройствам.

Известно, что развитие нервной системы эмбриона начинается с погружения части спинного покрова с последующим заворачиванием краёв пластинки и образованием трубки. Над нею формируется нервный «крест» (neural crest), или гребень, складка, из которой начинаются выселение клеток будущих иммунной и нервной систем. Единство происхождения проявляется затем в их способности к миграции – лимфоциты выходят из сосудов к очагам воспаления, а «юные» нейроны проходят большой путь из

Схизма психоиммунологии

глубины полушария к его поверхности, формируя кору, – а также взаимодействию с окружающей средой посредством встроенных – интегрированных в клеточную оболочку-мембрану белковых рецепторов и каналов. Известно, что нервных клеток в мозге плода образуется намного больше, чем остаётся затем после отбора «лучших». Больше необходимого формируется на их отростках и синапсов, представляющих собой динамичные протеиновые структуры, число которых затем уменьшается под действием белкового компонента С4. Словари утверждают, что последний используется для обнаружения иммунных комплексов при диагностике некоторых инфекционных заболеваний (в частности при знаменитой реакции Вассермана).

Учёные собрали геномные образцы более 100 тыс. человек по всему миру и провели генетический анализ состояния генов у 65 тыс., а также прочитали геном 700 умерших с диагнозом шизофрения.

В течение 5 лет учёные раз за разом получали пик аномальной активности в коротком плече 6-й хромосомы (6p), где локализуется гигантский комплекс МНС, или большого комплекса тканевой гистосовместимости (Major Histocompatibility Complex). Он назван так потому, что его белки «защищают» нас от пересадок органов и тканей, а также постоянно образующихся раковых клеток. В комплексе «сидят» и гены компонента, белки которого необходимы для неспецифического «изничтожения» болезнетворных микробов, являясь тем самым первой линией обороны против инфекций. Однако биология протеина оказалась сложнее, нежели думалось отцам микробиологии и иммунологии. Мутации гена этого протеина ведут к нарушению «отбора» с его помощью функциональных синапсов и нейрональных сетей, что наблюдается при шизофрении.

Другие нарушения сетей приво-

дят к аутизму, или «замкнутости на себя» (по сравнению с шизофренией это название предложено всего лишь в 1942 г.) Учёные указывают на ведущую – среди 100 других генов – роль MeCP, кодирующего синтез одного из ферментов эпигенеза. Это процесс модификации ДНК путём присоединения к ней метильных групп –СНз (откуда Me в названии энзима). Введение аномального гена макакам, охотящимся на крабов, позволило воспроизвести стереотипный бег обезьян по кругу, подобно асоциальному поведению у детей с этим недугом. При этом сотрудники шанхайского Института нейронаук ухитрились воспроизвести эффект в 2 поколениях (за 2 года до этого они сделали то же самое с помощью ДНК-редактирования, позволяющего адресно «атаковать» гены-мишени).

Помимо нейронов у аутистов поражается и глия. Сотрудники лондонского Кингс-колледжа провели на разных уровнях МРТ-

исследование мозга 61 взрослого аутиста, сравнив полученные данные с томограммами 61 здорового. Сравнение показало нарушения в формировании белого вещества прежде всего в лобных долях мозга, особенно выраженное в левом полушарии, переднем отделе поясной (лимбической) извилины, отвечающей за эмоции, и в так называемом «крючке» – Uncus, – нейроны которого возбуждаются при распознавании лиц. Последнее соответствует известному у аутистов нераспознаванию выражений лиц окружающих их людей. Авторы отмечают, что женщины более устойчивы к аутизму. Вполне возможно, что это связано с наличием у них двух половых хромосом X, в которых много «умных» и иммунных генов. Исследователи Шанхая в частности с помощью ДНК-редактирования «атаковали» один из генов X хромосомы.

Иван ЛАРИН.

По материалам Cell Stem Cell.

Первое заседание Чрезвычайного комитета Всемирной организации здравоохранения по противодействию вирусу лихорадки Зика, которое прошло в Женеве, объявило вирус угрозой мирового масштаба.

Представители Бразилии, Франции, США и Республики Эль-Сальвадор представили информацию о возможной связи между вирусом Зика и участвовавшими случаями микроцефалии и ряда неврологических расстройств. По результатам заседания ВОЗ объявила вирус угрозой мирового масштаба. «Эксперты пришли к выводу, что случаи микроцефалии и других неврологических осложнений в американском регионе представляют собой чрезвычайную ситуацию в области здравоохранения. Они являются угрозой для общественного здравоохранения и в других частях мира», — отметила генеральный директор ВОЗ Маргарет Чен.

«Эксперты пришли к выводу, что случаи микроцефалии и других неврологических осложнений в американском регионе представляют собой чрезвычайную ситуацию в области здравоохранения. Они являются угрозой для общественного здравоохранения и в других частях мира», — заявила Маргарет Чен. По общему мнению экспертов, есть серьёзные основания полагать, что между заражением вирусом во время беременности и случаями микроцефалии, возможно, существует связь, однако этот факт пока научно не доказан. Они заявили о необходимости координировать международные усилия по расследованию этой связи и выявлению её природы. Эксперты рекомендовали усилить наблюдение за распространением вируса Зика и информировать местное население об опасности.

Взгляд

ВОЗ: вирус Зика — угроза мирового масштаба

Особое внимание будут уделять беременным и женщинам детородного возраста.

Вместе с тем в ВОЗ не рекомендовали вводить какие-либо ограничения на поездки в страны, где выявлен этот вирус, или ограничивать торговлю с ними. Эксперты заявили, что путешественников необходимо предупредить о возможной опасности и необходимости принимать меры для того, чтобы избежать укуса опасного комара. К тому же в этой ситуации в ВОЗ напомнили о стандартных рекомендациях по дезинсекции воздушных судов и аэропортов.

Объявление «чрезвычайного положения в области здравоохранения, имеющего международное значение» придаст вирусу Зика статус серьёзной глобальной угрозы и приведёт к финансированию ликвидации проблемы.

ВОЗ считает, что число случаев заражения вирусом Зика в течение следующего года в Центральной и Южной Америке может достичь 3-4 млн.

Ранее генеральный директор ВОЗ информировала исполнительный комитет ВОЗ о том, почему лихорадка Зика является предметом такого серьёзного беспокойства для ВОЗ.

Вирус Зика был впервые выделен в 1947 г. из образца, взятого у обезьяны в лесу Зика в Уганде. Исторической родиной вируса

был узкий экваториальный пояс, простирающийся через африканский континент и идущий вплоть до экваториальной Азии.

На протяжении десятилетий заболевание, передаваемое комарами рода *Aedes*, никак не проявляло себя. Главным образом от вируса страдали обезьяны. Если происходило заражение человека, иногда это могло привести к лёгкому заболеванию, не вызывавшему серьёзного беспокойства.

В 2007 г. географический ареал вируса Зика расширился, что привело к первой зарегистрированной вспышке заболевания в Федеративных Штатах Микронезии, островном государстве Тихоокеанского региона. В 2013-2014 гг. крупные вспышки были зарегистрированы в 4 других островных государствах Тихого океана.

Во Французской Полинезии во время вспышки вируса Зика, была отмечена связь между заражением вирусом и развитием неврологических осложнений. При этом вирус Зика циркулировал совместно с вирусом Денге. С таким обстоятельством ранее не сталкивались, и оно трудно поддавалось интерпретации.

Сегодня ситуация выглядит совершенно иначе. В прошлом году вирус был выявлен в Американском регионе, где сейчас он распространяется с ошеломительной скоростью. На сегодняшний день случаи заражения были зарегистрированы в 23 странах и территориях региона. Появлению вируса в некоторых районах сопутствовало резкое увеличение числа случаев рождения детей с черепом аномально малых размеров и случаев синдрома Гийена – Барре.

ВОЗ особенно озабочена ситуацией вокруг распространения вируса Зика по нескольким причинам. В частности, из-за возможной связи инфекции с врождёнными пороками у детей и неврологическими синдромами, роста случаев микроцефалии, потенциального дальнейшего распространения вируса по всему миру через комаров. Кроме этого, ВОЗ беспокоит недостаток иммунитета у жителей районов, поражённых вирусом, отсутствие вакцины против него, как и быстрых способов обнаружения болезни.

Особое опасение у ВОЗ вызывает перспектива роста популяции комаров из-за погодных условий, предсказанных на нынешний год. В настоящее время организация имеет данные о заражении вирусом Зика в 23 странах. Объявление чрезвычайного положения в области здравоохранения, имеющего международное значение, придаст вирусу Зика статус серьёзной глобальной угрозы и приведёт к финансированию ликвидации проблемы.

Действия ВОЗ находятся под пристальным вниманием общественного мнения после того, как она медленно отреагировала на вспышку лихорадки Эбола в Западной Африке.

Кроме того, в этом году погодные условия, связанные с характеристиками Эль-Ниньо, как ожидается, приведут к серьёзному росту популяции комаров во многих районах. Уровень тревоги высок, но также высок и уровень неопределённости.

ВОЗ особенно озабочена ситуацией вокруг распространения вируса Зика по нескольким причинам. В частности, из-за возможной связи инфекции с врождёнными пороками у детей и неврологическими синдромами, роста случаев микроцефалии, потенциального дальнейшего распространения вируса по всему миру через комаров. Кроме этого, ВОЗ беспокоит недостаток иммунитета у жителей районов, поражённых вирусом, отсутствие вакцины против него, как и быстрых способов обнаружения болезни.

Особое опасение у ВОЗ вызывает перспектива роста популяции комаров из-за погодных условий, предсказанных на нынешний год. В настоящее время организация имеет данные о заражении вирусом Зика в 23 странах. Объявление чрезвычайного положения в области здравоохранения, имеющего международное значение, придаст вирусу Зика статус серьёзной глобальной угрозы и приведёт к финансированию ликвидации проблемы.

Действия ВОЗ находятся под пристальным вниманием общественного мнения после того, как она медленно отреагировала на вспышку лихорадки Эбола в Западной Африке.

Кроме того, в этом году погодные условия, связанные с характеристиками Эль-Ниньо, как ожидается, приведут к серьёзному росту популяции комаров во многих районах. Уровень тревоги высок, но также высок и уровень неопределённости.

Иван ВЕТЛУГИН.

МИА Сито!

Осторожно!

Лишние проверки, назначаемые женщинам, у которых уже диагностирован рак молочной железы (РМЖ) на ранней стадии, нервируют пациенток и дорого обходятся государству.

количество бесполезных проверок для больных раком молочной железы может переваливать в этих странах за 80%.

Доктор Лариса Рибо изучала эту проблему в Израиле. Исследовал

Иногда перестраховка просто не нужна

Профессор Моше Инбар, возглавляющий онкологическое отделение в тель-авивском Медицинском центре им. Элиаса Суракки (МЦС), убеждён, что 40% женщин, у которых диагностируется РМЖ в начальной стадии, направляются на новые проверки, которые волнуют заболевших, а лечащему персоналу не приносят новых данных.

Согласно исследованию, проведённому Ларисой Рибо, старшим врачом Института онкологии при МЦС, только в этом медицинском учреждении ежегодно диагностируется РМЖ не менее чем у 4,5 тыс. женщин. Причём у половины из них заболевание находится на самой ранней стадии развития, когда риски на распространение метастазов на момент постановки диагноза близки к нулю и шансы на выздоровление приближаются к 100%.

Выступая на Международной конференции онкологов в Тель-Авиве, доктор Рибо призвала своих коллег не проводить таким пациентам ультразвуковое исследование, МРТ или позитронно-эмиссионную КТ как излишние и очень дорогие проверки, которые в некоторых случаях могут нанести существенный вред здоровью. Исследования, проведённые в США и Великобритании, показали, что

медицинские карты 825 женщин, у которых в онкоотделении МЦС диагностировали РМЖ, Рибо выявила 179 больных на самой ранней стадии этой болезни. Согласно её данным, эти больные сдавали «ненужные» специальные анализы крови, разного рода сканирования, стоимость которых в общей сложности превысила четверть миллиона шекелей (более 60 тыс. долл.).

В беседе с корреспондентом «МГ» профессор Моше Ибар подчеркнул: «Следует иметь в виду, что ранней диагностики метастазов не существует, поскольку на начальной стадии развития заболевания их нет в лимфатических узлах. И все усилия по их обнаружению лишь наносят ущерб привычному образу жизни женщины и приводят к проведению не нужных им процедур».

По мнению Моше Инбара, если ситуация в МЦС в отношении больных РМЖ на ранней стадии характерна для всех медицинских учреждений страны, то излишне расходуется 4 млн шекелей ежегодно, а следовательно, бессмысленной оказывается избыточная нагрузка на оборудование и обслуживающий его персонал.

Захар ГЕЛЬМАН,
соб. корр. «МГ».

Иерусалим.

Ситуация

Именем законной трансплантации

За последние 5 лет родственники погибших пациентов не позволили изъять органы у 547 человек, решивших стать донорами после смерти, то есть в каждом седьмом случае возможной трансплантации. Это могло спасти жизни 1/2 тыс. пациентов. Теперь Национальная служба здравоохранения Великобритании (NHS) больше не будет добиваться официального разрешения родственников на изъятие органов для трансплантации.

Итак, NHS Blood and Transplant не будет просить у семей умерших пациентов официального согласия в таких случаях, чтобы снизить количество аннулируемых решений. Вместо этого родным будут выдавать бланки, подтверждающие согласие с волеизъявлением погибшего человека. Родственники всё равно смогут наложить вето на это решение, но обязаны будут в письменной форме объяснять причины своего поступка.

Организация ожидает, что нововведение позволит увеличить число доноров на 9%. Эти 547 потенциальных доноров, чьи родственники отменили их решение, могли спасти 1200 пациентов, нуждающихся в трансплантации. В настоящее время 6578 пациентов в Великобритании ждут пересадки органов.

«Мы принимаем довольно



жёсткую позицию, но и более честную, — сказала глава NHSBT Салли Джонсон. — Люди, которые присоединяются к трансплантационному регистру, хотя и являются донорами. Мы не можем обмануть их ожидания».

«Иногда семьи отменяют решение родственника, потому что могли не знать, что он был зарегистрирован в реестре доноров. И то, что они не знали своего близкого так, как думали, причиняет им боль», — добавила представитель больницы Святой Марии в Лондоне Джеймс Харди.

Британская медицинская ассоциация также выступила с заявлением, что семьи должны

поддерживать и уважать решение погибших близких. Но в редких случаях, добавили в ассоциации, когда у родственников есть жёсткое и последовательное сопротивление, которое может усугубить их переживания, от донации стоит воздержаться. В декабре в Уэльсе была принята презумпция согласия, согласно которой местные жители могут считаться потенциальными донорами, если они официально не дадут запрет на использование своих органов для трансплантации после смерти.

Марк ВИНТЕР.

По сообщению ВВС.

Утром по долголетней привычке я взглянул на градусник за окном. Так, всего-то – минус 10. Хотя ветрено, и воробьи сидят на ветках молча. Ещё по не столь далёким временам – это не так уж и холодно, однако всё познаётся в сравнении. Вот прошлогодняя запись в дневнике температуры того же дня прошлого года: «Тепло, плюс 2 градуса. Ветви яблонь и груш – совсем голые, и в саду распевают синички». Вот так, год на год не приходится...

Вспоминая Булгакова

Снега за последние дни подвалило столько, что калиновый куст под его тяжестью пригнулся почти до земли. Совсем как в «Белой гвардии» М.Булгакова: «Сады стояли безмолвные и спокойные, отягчённые белым, нетронутым снегом...» До чего же всё точно и просто подметил великий писатель и врач!

На лыжах пробираюсь окраиной города в лес. Среди сосен и ёлок зима – особенная, совсем не такая, как в городе. Даже в небольшом посёлке Жуковка её раскатывают колёсами автомашин, посыпают пешеходные тропинки всякой смесью, да и снег там пахнет совсем по-другому. В лесу же зима – словно у себя дома. Вот она, как говорится, вся сама из себя, под белыми шапками на деревьях и белым холстом под ногами. Недаром же зимний лес часто называют сказочным. Помните, у Ф.Тютчева: «Чародейкою-зимой околдован, лес стоит...»?!

Щурясь от нестерпимо сверкающего под солнцем снежного наста, добираться берегом Десны до места, где когда-то располагался детский туберкулёзный санаторий. Дорогой вспоминаю всё, что знаю о его небезынтересной истории.

Работая над архивными материалами, как-то нашёл «Обзор деятельности Брянского общества врачей (1897-1910 гг.)». Судя по многостраничному отчёту, в отличие от столичных врачебных обществ Москвы и Санкт-Петербурга, где основная деятельность подчинялась научным изысканиям, в провинции активно решали вопросы оказания ежедневной медицинской помощи населению. Так, по инициативе старшего врача Брянского рельсопрокатного завода Николая Михайлова возле станционного

Далёкое-близкое

Круг здоровья

Общение с природой – важный лечебный фактор



Зимний лес всегда успокаивает

посёлка Жуковка был открыт для рабочих предприятия туберкулёзный санаторий. В нём было всего 38 коек, однако оборудовали лечебницу по последнему слову тогдашней медицинской науки. В санатории установили рентгеновский аппарат, там находились специальная лаборатория и дезинфекционные камеры. Заведовать же лечебницей пригласили госпитального врача клиники Московского университета Е.В.Гольденвейзера. А в годы Первой мировой войны в санатории организовали по ходатайству депутата 3-й Государственной думы, уполномоченного Брянского эвакогоспиталя Красного Креста Вячеслава Тенешева военный госпиталь.

Следуя за «врагом народа»

Небезынтересна история лечебницы и в последующие времена. Так, после освобождения Жуковки

от немецко-фашистской оккупации в её стенах принимали пациентов сгоревшей районной больницы. А потом главным врачом санатория была назначена Софья Папориш. К сожалению, сейчас мало что известно об этой настоящей подвижнице нелёгкого врачебного дела. Уроженка Галиции Софья Давыдовна окончила медицинский факультет Венского университета. Практиковать же начинала в клинике самого профессора Клемент Пирке, именем которого назвали позже созданную им пробу для диагностики туберкулёза. Известно, что вместе с мужем, советским гражданином, Софья Папориш приехала в Москву, где работала старшим научным сотрудником в Институте туберкулёза АМН СССР. После ареста супруга, известного инженера-строителя, была также репрессирована и как член семьи «врага народа» приговорена к 8 годам лагерного заключения. Освободилась Софья Давыдовна только

в 1948 г., а вскоре была принята на должность главного врача Жуковского туберкулёзного санатория. По сути, именно ей пришлось восстанавливать полуразрушенные корпуса, устраивать водопровод и канализацию. Именно здесь установили тогда стараниями врача первый и единственный в районе рентгеновский аппарат, всеми правдами и неправдами доставали нужные лекарства. А после реабилитации Софья Давыдовна вернулась в Москву, где продолжила работать в том же Институте туберкулёза АМН СССР.

Вообще же, подумалось, удачное место выбрали, проложив трассу именно по берегу Десны. Потому-то неподалёку находится и известный далеко за пределами области санаторий «Жуковский». Основанный ещё в 30-х годах прошлого столетия как дом отдыха, он использует теперь кроме оздоровительных природных факторов и современные научные разработки, новейшее медицинское оборудование, а также нетрадиционные методы лечения. По словам директора здравницы врача высшей категории Юрия Буреца, это – ещё не предел. Здесь устроили уже и водолечебницу.

Со всей Брянщины

Да и для детского санатория выстроили новое здание на восточной окраине города, где лечатся малыши со всех уголков Брянщины.

Мысли о прошлом и настоящем жуковских здравниц прервала баранная дробь дятла. В бинокль хорошо вижу пёстрого лесного «плотника». Вот он устроился у своей «кузницы» с большой еловой шишкой в клюве. Вставил её в расщелину ствола и стал споро вылушивать семечки. Вот так раздолбает одну, уронит в снег и полетит за следующей. Оттого и растут день ото дня у

подножия деревьев кучи распотрошённых шишек. А вон на той ели устроилась для завтрака белочка, аккуратно держа в лапках шишку.

Что ни говори, уже одно общение с природой является лечебным фактором. Недаром же жуковские врачи советуют пациентам чаще бывать в лесу, кормить белок и птиц.

Однако – дальше по трассе. Лыжи скрипят по снежному насту, где-то тихонько свистят снегири, шустро мечутся среди кустов разные пташки. Сделав по лыжне изрядный круг, вновь возвращаюсь в город. Уже пахнет дымком топящихся бань, да и снег тут потемнее от городской копоти. А на деревьях, молча нахохлившись, сидят десятки грачей. Если помните, в школьных учебниках репродукции известной картины А.Саврасова «Грачи прилетели» непременно помещали в том разделе биологии, где «проходили» весну. Именно с приближением тепла появлялись в наших краях эти чёрные птицы. Теперь же грачи вовсе не торопятся улететь на зиму с насиженных мест. Специалисты говорят, что произошло расслоение популяции. Одни птицы по-прежнему улетают с наступлением холодов за тридевять земель, другим же, видно, лень махать крыльями при тысячекилометровых перелётах. Ведь главное-то – корм, а всяких отбросов в городе и зимой предостаточно.

А вот и здание Жуковской ЦРБ. Она теперь – межрайонная и хорошо известна на Брянщине. О работе этого лечебного учреждения «Медицинская газета» рассказывала как-то в корреспонденции «Забудем слово «провинция» (см. «МГ» № 96 от 24.12.2014). Недавно открылось в Жуковской ЦРБ и первичное сосудистое отделение, которое рассчитано на обслуживание пациентов из 7 близлежащих районов.

– У нас есть теперь даже компьютерный томограф, – радуется главный врач Николай Третьяков. – Доктора прошли специальное обучение в столице. Так что обследование и лечение пациентов – на высшем уровне...

Василий ШПАЧКОВ,
соб. корр. «МГ».

Брянская область.

Фото автора.

Медицина и религия

Ведущие прелаты Конференции католических епископов США и иерархи Ассамблеи канонических православных епископов США сделали совместное заявление о священной неприкосновенности жизни.

«Наши сообщества твёрдо настаивают на священной неприкосновенности жизни, верующие – наряду со многими людьми других традиций и доброй воли – опечалены юридическими обстоятельствами, которые облегчают аборт», – говорится в заявлении. Документ также обличает «культурные феномены», которые «представляют аборт как единственный выбор для беременных женщин, испытывающих трудности».

«Мы напоминаем миру о нашем общем учении о том, что жизнь начинается в самые ранние моменты эмбрионального развития, и жизнь на всех стадиях её развития священна. Мы осуждаем прерывание жизни как ответ на нежелательные беременности или как метод преодоления социально-экономических проблем», – подчёркивают православные и католические иерархи США.

«Мы поддерживаем тех матерей и супружеские пары, которые, несмотря на трудности,

Совместное напоминание миру...

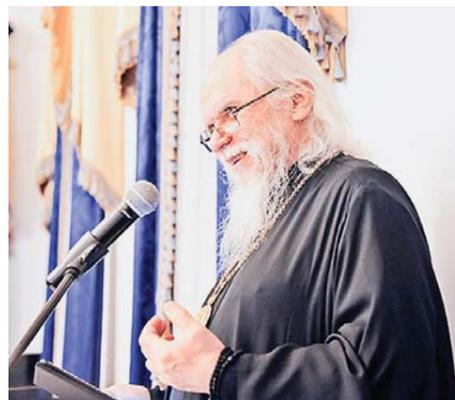
Православные и католические иерархи – против абортов

принимают решение предпочесть беременность её прерыванию. В то же время, однако, мы призываем тех, кто, возможно, предпочёл аборт, обратиться ко Христу с кающимися сердцами, стремясь преодолеть своё горе через Его прощение, милосердие и исцеление», – заявили священнослужители православной и католической церквей США.

Помощь многодетным, профилактика абортов и поддержка женщин в кризисной ситуации были и остаются ключевыми направлениями социального служения Русской православной церкви. Эту позицию РПЦ подтвердили участники встречи председателя Синодального отдела епископа Пантелеимона с руководителями и представителями епархиальных социальных отделов, приехавшими в Москву для участия в Рождественских чтениях. На встрече в Марфо-Мариинской обители присутствовали около 70 человек из различных епархий Русской православной церкви.

«Помощь многодетной семье наиболее востребована, тем самым мы, по сути, помогаем подвижникам, – сказал духовник службы «Милосердие» епископ Пантелеимон. – В наше время люди, решившие исполнять заповедь Божью – плодитесь и размножайтесь, оказываются в исключительно трудной ситуации, и им особенно нужна помощь».

Ещё одна важная тема, которой уделяет большое внимание предстоятель РПЦ, – профилактика абортов и помощь женщинам в кризисной ситуации, – отметил викарий Святейшего Патриарха Московского и всея Руси. По его словам, необходимо рассматривать социальную деятельность в контексте всех других проблем современного общества. «Социальное служение нужно понимать более широко, – сказал



Председатель Синодального отдела по благотворительности и социальному служению РПЦ епископ Пантелеимон

он. – Если мы не будем заниматься воспитанием детей, позиционировать многодетность как престижное дело и поддерживать такие семьи, то возникнет весь комплекс социальных проблем: возникнут алко- и наркозависимости, начнут распадаться семьи, станет некому ухаживать за стариками».

Между тем в Великобритании могут разрешить редактировать геном человеческих эмбрионов. Британские исследователи ожидают решения Комитета по оплодотворению и репродукции человека (Human Fertilisation and Embryology Authority) по поводу легализации такого редактирования. В том случае, если разрешение будет получено, специалисты из Института Френсиса Крика (Francis Crick Institute) приступят к проведению своих экспериментов. Заявка была подана ещё в сентябре. Авторы сообщили, что планируют использовать для достижения своих целей технологию направленного редактирования генома CRISPR/Cas9.

В настоящее время проведение таких экспериментов в Великобритании запрещено, а попытки редактирования человеческих эмбрионов, хотя и нежизнеспособных, в Китае уже подверглись резкой критике.

Константин ЩЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

А ещё был случай

По морозу босиком к милому...

Что только ни случается в ночь под Новый год, даже то, что вроде бы и не должно было случиться!..

Довелось мне быть в последние дни того уходящего года в командировке в другом, хотя и не очень удалённом от столицы городе. Совмещал я в те дни, так сказать, приятное с полезным, в кои веки навещая живущих там родственников. И так уж получилось, что встречать наступление очередного года мне пришлось не дома, а там – у своей двоюродной сестры.

Праздничный стол был уже накрыт, время приближалось к 11, пора было начать проводы уходящего года, а мы не садились за стол, так как ждали мою троюродную внучатую племянницу, кстати, также москвичку, но поступившую в местный пединститут (это было сделать легче, чем в столице). Девушка жила в общежитии, и что могло задержать её, было непонятно. Мы волновались... А сестра моя высказывала предположение, что «Викуся», с её мечтательностью и непредсказуемостью, могла изменить свои праздничные планы, почему-то забыв «отзвониться». Но супруг её, то ли в шутку, то ли всерьёз уверял, что Вика просто «забыла о времени» за чтением любовно-дамского романа или соперничает новогодним страстям телевизионных сериальных красавиц.

Но в самом начале 12-го раздался долгожданный звонок в дверь – это была Вика, замёрзшая, хлюпающая посиневшим носом, но, несмотря на «трескучный» мороз на улице... в изящных туфельках! Мы ахнули, а сестра моя стала хлопотать вокруг Викуси, но та стояла в прихожей и твердила только одно:

– Сейчас он позвонит... Он задержался... Я ждала его, как мы договаривались, около вашего дома.

– Кого? – начали допытываться мы.

Но тут раздался звонок в дверь и, наконец-то появился тот, кого



столь верно и долго ждала на холоде наша племянница. Это был элегантно одетый, но не самый молодой человек – «Руслан», как представила его Вика.

Нежданный гость, сбросив с себя шубу, тут же принялся раздевать замёрзшую девушку, призывая хозяев срочно открывать шампанское. Пока хозяйка суетилась за праздничным столом, Руслан, бережно сняв со своей дамы туфельки, принялся отогревать её ножки своими... поцелуями! А затем, бросившись к столу, налил шампанское... в одну из туфелек и с криком «Гусары пьют стоя!», осушил этот необычный «бокал».

– Псих! – тихо ахнула моя сестра. А гости просто замерли, превратившись в подобия ледяных скульптур.

Дальше ничего необычного не происходило. Руслан продолжал быть возвышенно предупредительным по отношению к Вике, демонстрируя свои искренние,

как новогодние бенгальские огни, чувства к ней. Но сестрица моя, уже после боя курантов и соответствующих тостов, громко шептала мне на ухо просьбу разобраться с «этим самым Русланом», который, по её мнению, похоже «недавно сбежал из психушки».

Конечно же, в ту новогоднюю ночь я не стал показывать свои профессиональные навыки психиатра и психотерапевта. Только через пару дней, перед самым своим возвращением в столицу, я навестил племянницу в её общежитии. И вот что узнал от неё.

Однажды в конце лета, когда Виктория сидела в скверике с очередным романом в руках, к ней подошёл обаятельный, изысканного вида мужчина лет 35, и, застенчиво улыбувшись, представился. Виктория сразу заметила, что он ею покорён и не может отвести глаз от её точёных ножек в изящных туфельках на шпильках.

В первую же неделю их романа Руслан повёл её не в какой-то там ресторан, а тем более, в кафешку, но ... в магазин элитной обуви. Теперь, с лёгкой руки её щедрого ухажёра, у Вики чуть ли не еженедельно стали появляться новые туфли на высоких каблуках или на шпильках таких брендовых марок, о которых скромная девушка прежде и не слышала. Причём Руслан не позволял ей «складировать» эти не совсем обычные подарки дома, он категорически настаивал, чтобы она непременно надевала каждую кожаную обновку на очередное свидание.

А потом пришёл тот сказочный день, а точнее, вечер, когда Руслан привёл её к себе. И всё было, как в кино или телесериале, даже ещё необычнее: он не просто нежно снял с неё платье и новые туфельки, но и, по-гусарски лихо налив в одну из них шампанского, осушил этот «бокал» до дна за их любовь.

В следующую их встречу в его спальне Руслан уже не наливал в её обувь вино, но почти в самые интимные моменты брал её туфли и ...принимался возбуждённо их обнюхивать! И это начало как-то настаивать Викторию.

Дальше – больше: Руслан не позволял ей снимать туфельки даже... в постели. Постоянным интимным ритуалом стало его неистовое лобызание новых произведений обувного искусства, сопровождающееся сладострастными стенаниями и какими-то, особо пугающими девушку, подвываниями.

Поздней осенью страсть Руслана разгорелась с новой силой. Он постоянно клялся своей избраннице в том, что любит её, просто не может без неё жить, но, невзирая на холодные дожди и ранний снег, не позволял своей даме сердца надевать на свидание тёплые сапоги. Только туфли!

Наконец ударил настоящий мороз, и тогда Вика взбунтовалась. Она в первый раз пришла к своему возлюбленному в тёплых синтетических сапожках.

Последовавшая ночь любви принесла разочарование: у Руслана «ничего не получилось» в постели... Вот почему 31 декабря Вика решила не портить ему праздник...

Увы, эта милая, не по годам наивная девушка столкнулась с тем, что специалисты называют «ретицизмом» – по имени полузабытого французского писателя Ретица де Бретона, более века тому назад описывавшего в своих любовных романах особую интимную тягу некоторых мужчин к красивым женским ножкам в туфельках. Вике ещё повезло: среди «ретицистов» в последние годы наиболее распространена, оказывается, особая сексуальная клептомания: кража у понравившихся им женщин кожаных вещей, и прежде всего – обуви. Немалый процент их обнаруживается среди фанатов различного рода певцов и певичек, необычных «фанов», столь своеобразно обрабатывающих своих звёздных кумиров.

Викин же воздыхатель, напротив, оказался не только не клептоманом, но и человеком щедрым на подарки что, в общем-то, и привлекало в этом её необычным избраннике.

И, конечно же, хотя не слишком обычное поведение её «принца» выглядело, как минимум, настораживающе, оно не являлось признаком какого-то серьёзного психического отклонения, а тем более, психического заболевания. Ну а быть или не быть его «спутницей жизни» (на решении этого важного вопроса настаивали родственники) – это уже было дело Вики. Ведь, в конце концов, говоря словами одного из персонажей фильма «В джазе только девушки», «у каждого мужчины свои недостатки...». И, можно догадаться к этому; и свои странности. Были бы они только в меру.

Евгений ТАРАСОВ,
врач-психотерапевт.

Москва.

На литературный конкурс

Алтайские сонеты моим дузьям

Нелёгкой дорогой

Увидеть землю, дав себе обет,
Сказав «Прости!» отцовскому порогу,
Мы вышли в путь в семнадцать юных лет
И с той поры – идём своей дорогой.
Но, много раз слетав за океан,
Увидев Африку и в Токио вдыхая
Японской вишни розовый туман,
Мы всё-таки мечтали об Алтае.
И вот мы здесь. Дорога нелегка –
Подъёмы, спуски, и ручьи, и реки...
Но горы, и туман, и облака
У нас в сердцах останутся навеки!
Благословен богами будь Алтай –
Людей прекрасных вожделенный край!

Вспоминая прошлое

Когда наш дом наполнит тишина,
Несущая на сон ночной разлуку,
Я тихо поцелую спящих внуков
И постою немного у окна.
И вспомнятся далёкие года,
И мы с тобой – такие молодые!
Не злые, не больные, не седые –
С одной дорогой общей навсегда!
Но путь ещё не пройден до конца,
Хоть позади у нас уже полвека,
И радостью наполнены сердца
От счастья быть с любимым человеком.
Мой самый добрый, самый верный друг –
Пусть будет вечным нашей жизни круг!

За птицей счастья

Мы вместе шли по радостной земле,
Но нам пришла пора остановиться,
Не потому, что сил уж больше нет –
Нет, просто перевернута страница.
Мы с лёгким сердцем вас проводим в путь
И пожелаем солнечной погоды,
Дадим совет – в ненастье отдохнуть
И переждать возможные невзгоды.
И вы уйдёте берегом реки
Или умчитесь в яростных машинах.
А мы останемся глядеть из-под руки,
Как вы стремитесь к солнечным вершинам.
Друзьям желаем лёгкого пути,
Чтоб птицу счастья там, в горах, найти!

Николай ЧАЙКА

Красный паровоз

Опять умчался красный паровоз,
Нас сгоряча не захватив с собою.
Он все мечты о будущем увёз,
Оставив нас с минувшею судьбою.
Но, стоя на обочине пути
И день сегодняшней счастливо проживая,
Мы и не думаем о будущем грустить –
Ведь всё равно мы доживём до мая.
А там уже июнь пойдёт вразнос,
И нас закружит многоцветье лета...
И хоть затих за горизонтом стук колёс,
Мы лишь немного погрузим об этом.
Пусть пролетают мимо поезда –
Мы остаёмся вместе навсегда!

ОБ АВТОРЕ. Николай Чайка, кандидат медицинских наук, работает в Санкт-Петербургском НИИ экспериментальной медицины.

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

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

Главный редактор А.ПОЛТОРАК.

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

Дежурный член редколлегии – В.ЗАЙЦЕВА.

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, Москва 129110.

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

«МГ» в Интернете: www.mgzt.ru

ИНН 7702036547, КПП 770201001, р/с 40702810738090106416, к/с 30101810400000000225,

БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

Отпечатано в АО «ЭКСТРА М» 143405 Московская область Красногорский район, г. Красногорск, автодорога «Балтия», 23 км, владение 1, дом 1.

Заказ № 16-01-00272 Тираж 28 903 экз. Распространяется по подписке в России и других странах СНГ.

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; Ханану (Германия) (1049) 618192124.

Газета зарегистрирована Министерством Российской Федерации по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций. Свидетельство о регистрации: ПИ № 77-7581 от 19 марта 2001 г. Учредитель: ЗАО «Медицинская газета».

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