Медицинская газета®

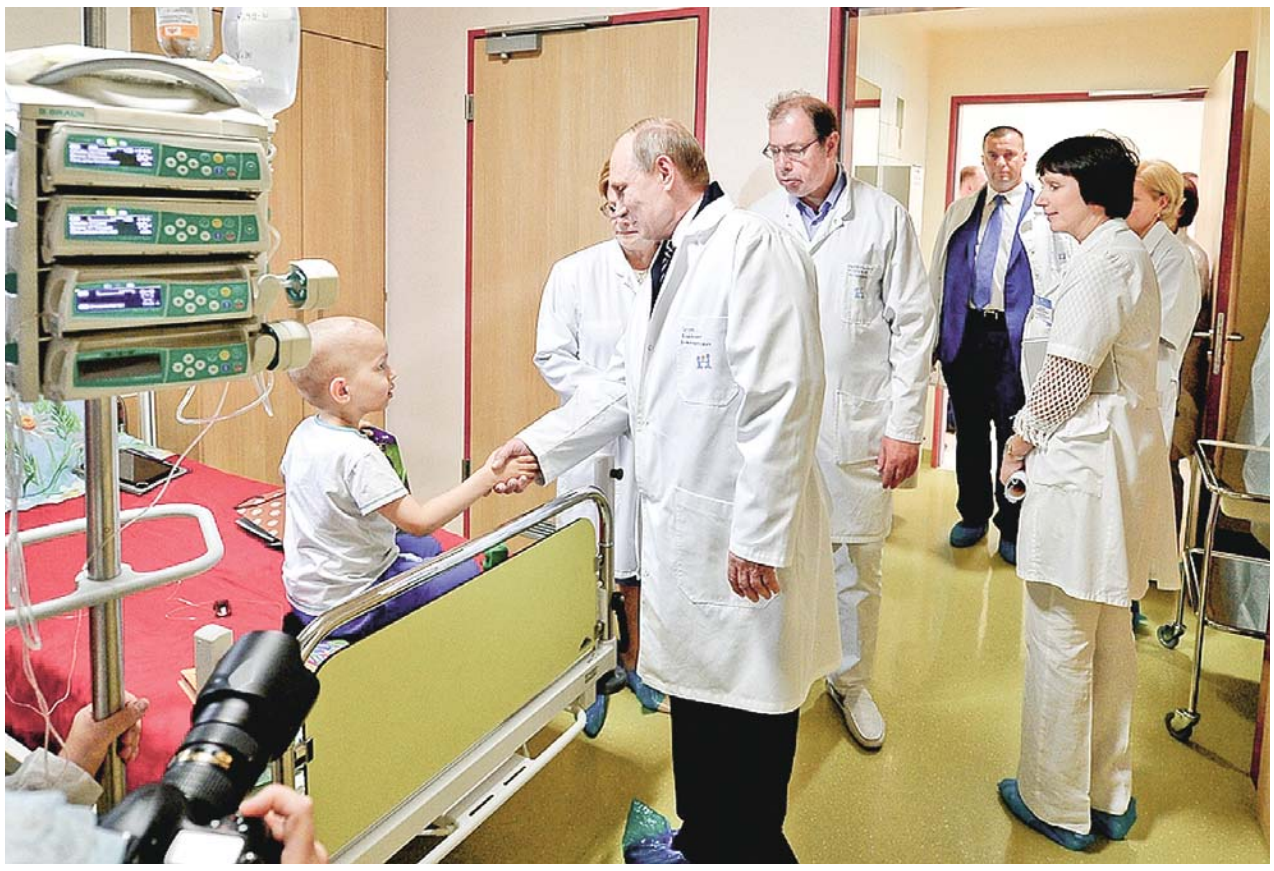
8 июня 2016 г.
среда
№ 41 (7661)

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

В центре внимания

Путин у детских врачей и их пациентов

Президент РФ посетил Федеральный научно-клинический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачёва



Президент пожелал выздоровления маленькому пациенту

Глава государства осмотрел несколько отделений, встретился с детьми, проходящими лечение в центре, и их родителями.

Детский онкогематологический центр – крупнейшее в мире специализированное высокотехнологичное научно-лечебное учреждение. Решение о создании клиники было принято в 2005 г. после встречи В.Путина с больным лейкозом 10-летним Димой Рогачёвым, в честь которого впоследствии и был назван центр.

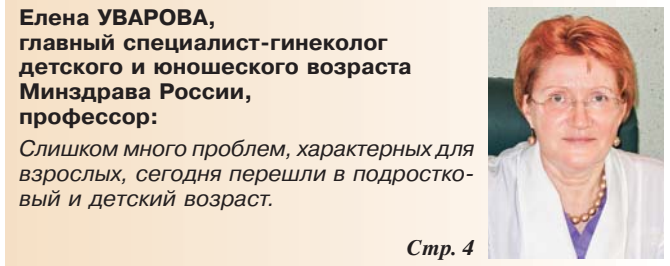
Помимо высокотехнологичного лечения детей в стационарных и амбулаторных условиях, здесь занимаются разработкой и внедрением единых международно признанных протоколов терапии болезней крови, злокачественных новообразований, заболеваний иммунной системы и других тяжёлых недугов детского возраста.

В тот же день Президент посетил Федеральный перинатальный центр в структуре Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова.

Президент ознакомился с инфраструктурой учреждения, осмотрел родильное отделение, операционный блок, отделение реанимации и интенсивной терапии новорождённых, детское отделение. Кроме того, глава государства присутствовал на презентации учебно-тренировочного центра по вспомогательным репродуктивным технологиям.

Федеральный перинатальный центр – инновационный научно-клинический и образовательный комплекс, специализирующийся на оказании помощи женщинам со сложными патологиями при беременности, а также на выхаживании и лечении наиболее тяжёлой группы новорождённых.

Константин ЩЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».



Елена УВАРОВА,
главный специалист-гинеколог детского и юношеского возраста Минздрава России,
профессор:

Слишком много проблем, характерных для взрослых, сегодня перешли в подростковый и детский возраст.

Стр. 4

Леонид ПЕЧАТНИКОВ,
заместитель мэра Москвы по вопросам социального развития,
профессор:

В большинстве случаев морфологической основой фебрильных состояний с психическими расстройствами являются аутоиммунные поражения.

Стр. 11

Работают мастера

Осмелились и победили

Иркутские аритмологи выполнили радиочастотную абляцию очага желудочковой тахикардии пациенту, который, согласно стандартам, не подходил для выполнения данной операции ни по возрасту, ни по весу.

На операционном столе в Иркутской областной клинической больнице оказался двухлетний ребёнок, страдающий тяжёлой формой нарушения ритма сердца. По словам кардиохирургов ИОКБ, обычно такие операции проводятся детям в возрасте 10-12 лет и старше, а в случаях, когда вмешательство необходимо выполнить раньше, желательно, чтобы вес ребёнка превышал 15 кг, что минимизирует риск осложнений. В данном случае у малыша, который весил 13 кг, клиническая картина была такой, что откладывать операцию было нельзя: у мальчика участились обмороки, появились признаки аритмогенной кардиомиопатии.

Специально для этого случая иркутские кардиохирурги приобрели особый, тонкий педиатрический катетер, с помощью которого можно было бы найти источник аритмии у маленького ребёнка. Оперативное вмешательство прошло успешно, контрольное обследование показало, что синусовый ритм сердца нормализовался, размеры полостей сердца уменьшились на 10%.

– Тот факт, что в результате операции аритмия была устранена и состояние мальчика существенно улучшилось, доказывает, что наш диагноз был верен, – отметил хирург детского кардиохирургического отделения ИОКБ Александр Медведев.

Эти слова имеют особое значение в данной ситуации: до поступления в Иркутскую областную больницу больной ребёнок был консультирован в двух федеральных кардиоцентрах. Специалисты ИОКБ деликатно не называют эти учреждения, подчёркивая лишь, что ни в том, ни в другом учреждении операцию мальчику делать не стали. В одном центре пациенту вообще был выставлен другой диагноз, а во втором назначено медикаментозное лечение, которое не принесло ожидаемого результата.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Иркутск.

Перемены

Столичное пополнение

В 2015 г. прирост населения в Москве составил более 20,4 тыс. человек, что выше показателей двух предыдущих лет. Об этом сообщил руководитель Департамента здравоохранения Москвы Алексей Хрипун.

«Прирост населения в прошлом году достиг 20 436 человек. В 2014 г. этот показатель составлял 20 192, в 2013 г. – 19 820 человек», – констатировал он, добавив, что уровень рождаемости в столице увеличился с 10,7 до 11,7 случая на тысячу человек, а показатель младенческой смертности снизился с 8,4 до 6.

А.Хрипун также отметил, что за последние несколько лет в Москве благодаря технологии экстракорпорального оплодотворения родилось более 2 тыс. детей. «Другими словами, тысячи женщин смогли стать матерями в результате применения современных методов лечения бесплодия», – подчеркнул он.

Кроме того, как заявил А.Хрипун, за 5 последних лет столичные родильные дома и женские консультации получили 5,7 тыс. единиц медицинского оборудования общей стоимостью более 2 млрд руб. «Все роддома сегодня на 100% обеспечены необходимым новейшим лечебным и диагностическим оборудованием. Это, к примеру, инкубаторы для новорождённых, аппараты искусственной вентиляции лёгких, рентгеновские цифровые и наркозно-дыхательные аппараты, а также аппараты ультразвуковой диагностики и другое оборудование», – уточнил руководитель департамента.

По его словам, в 6 акушерских стационарах был проведён капитальный ремонт с реконструкцией. К концу нынешнего года завершится капремонт ещё в 3 стационарах. Кроме того, на территории ГКБ № 67 им. Л.Ворохобова до конца года откроется перинатально-кардиологический корпус на 450 коек.

Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ,
обозреватель «МГ».

Москва.

Новости

Кто лучший в рейтинге?

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова и Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова заняли соответственно 20-е и 21-е места в национальном рейтинге, обогнав целый ряд ведущих образовательных учреждений.

Главный рейтинг университетов составляется по специальному проекту группы «Интерфакс». Впервые он был запущен в 2009 г. в целях разработки и апробации новых механизмов независимой системы оценки российских вузов.

Алексей ПИМШИН.

Москва.

В медколледж – за компьютерными технологиями

В медицинском колледже Омской области прошёл цикл занятий по компьютерным технологиям для лиц пожилого возраста.

60 жителей города под руководством преподавателей этого учебного заведения получали навыки не только работы на компьютере, но и осваивали мир Интернета. Пожилых людей учили выбирать с помощью специализированных интернет-сайтов аптеки, где имеется нужный им лекарственный препарат, а главное – приобретать его по минимальной цене. Также немаловажным для пожилых людей является возможность получать некоторые государственные услуги в электронном виде: записаться на приём к врачу, заказать и получить необходимую справку, оплатить коммунальные услуги.

На последнем занятии были подведены итоги конкурса, который проводился среди слушателей цикла «Лучший пользователь ПЭВМ». По результатам конкурса три самых лучших пользователя ПК были награждены фирмой-спонсором электронными планшетами и компьютерными аксессуарами. Преподавателями курсов для каждого участника был подготовлен сертификат о прохождении обучения по программе «Компьютерная грамотность».

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ.

Омск.

Тренировка сострадания

На состоявшемся в Москве Всероссийском форуме волонтёров лучшим признан региональный проект медицинского добровольчества Красноярского края.

Всего в рамках форума свои программы волонтёрской работы представили более 40 субъектов Российской Федерации. Красноярский оказался наиболее масштабным, несмотря на молодость: Школа медицинского добровольчества была организована Министерством здравоохранения Красноярского края и КрасГМУ им. В.Ф.Войно-Ясенецкого лишь в 2014 г. Но если её первыми площадками были всего 7 красноярских стационаров, то к настоящему времени участниками медико-волонтёрского движения в регионе стали уже более 440 старшеклассников, которые работают в 82 учреждениях здравоохранения края.

Чаще всего на путь волонтёра встают школьники, которые выбрали медицину своей будущей профессией. В их обязанности входит элементарный уход за пациентами – накормить, вызвать медицинскую сестру, почитать книгу, помочь в передвижении по лечебному учреждению.

Добровольческий опыт позволяет ребятам понять, действительно ли они готовы посвятить свою жизнь занятию медициной. По мнению ректора КрасГМУ профессора Ивана Артюхова, подобное испытание до поступления в медицинский вуз в значительной степени гарантирует, что среди абитуриентов будет меньше случайных людей и студенты не разочаруются в будущей профессии после первой же практики.

Елена ЮРИНА.

Красноярск.

Клещи не дают покоя

Активность клещей на Южном Урале не снижается: до конца мая в Челябинской области зафиксировано более 5 тыс. обращений в медицинские организации по поводу укусов этих насекомых. 3304 человека получили инъекции иммуноглобулина. С начала сезона с подозрением на клещевой энцефалит были госпитализированы 40 человек, среди них 5 детей и 3 подростка.

Стоит отметить, что экстренная инъекция иммуноглобулина в случае укуса клеща оправдана далеко не во всех случаях. Согласно результатам исследований, лишь около 10% паразитов являются переносчиками клещевого энцефалита. Челябинская область сегодня считается природным очагом четырёх клещевых инфекций: клещевой энцефалит, клещевой боррелиоз, гранулоцитарный анаплазмоз и моноцитарный эрлихиоз. Поэтому тем, кто не привит заранее, при укусе важно успеть сдать клеща на экспертизу, это позволит врачам правильно определить тактику лечения.

– Прежде всего, нужно защищаться непосредственно от присасывания клеща: одеваться соответствующим образом, использовать репелленты, возможно, даже специальные костюмы, – подчёркивает начальник отдела профилактики заболеваний и формирования здорового образа жизни Министерства здравоохранения Челябинской области Ольга Яворская.

Мария ХВОРОСТОВА.

Челябинск.

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

Профилактика

Дым сигарет, уносящий здоровье…

В Международный день отказа от курения прошли акции по всей стране

«Бросить курить очень просто. Я делал это тысячи раз!» С этого забавного высказывания Марка Твена в Китайгородском проезде у здания консультативно-диагностического центра Государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины Минздрава России началась акция «Освободим Россию от табачного дыма!» Её открыл заместитель директора ГНИЦ доктор медицинских наук Руслан Линчак.

Руслан Линчак (слева) и Дмитрий Носов

Он напомнил, что сейчас Минздравом России подготовлена Концепция осуществления государственной политики противодействия потреблению табака на 2016-2020 г. и дальнейшую перспективу.

Выступивший на мероприятии депутат Государственной Думы РФ Дмитрий Носов подчеркнул:

– Наш антитабачный закон по версии Всемирной организации здравоохранения является самым работающим, самым действенным в мире: исполняемость у него около 95%. И на этом мы не собираемся останавливаться. Битва с табачной мафией, зарабатывающей капиталы на жизнях и здоровье наших близких, продолжается. Более того: стратегическая цель – сделать Россию к 2050 г. абсолютно некурящей страной.

В этот день в районе метро «Китай-город» студенты-медики московских вузов предлагали всем прохожим, по традиции, обменять дымящиеся сигареты на ароматные яблоки и принять участие в тематическом социологическом опросе.

– Во время подобных акций выслухам, всем желающим бесплатно помогают «завязать».

На площадке у входа в здание также работали кардиолог, стоматолог; желающие могли измерить давление, узнать свой рост и вес. Многие тут же изъявляли желание стать пациентами КДЦ. К слову, 15-20% из тех, кто посещает здесь школу отказа от курения, в течение года ни разу не взяли в рот сигарету…

После того, как все участники получили в подарок мастер-класс по скандинавской ходьбе и вместе с сотрудниками отделения реабилитации приняли участие во флешмобе, мы побеседовали с Русланом ЛИНЧАКОМ.

– Подобным мероприятием вы в прошлом году открывали цикл профилактических акций, посвящённых различным заболеваниям. Расскажите о них, пожалуйста.

Специалист по отказу от курения Денис Комков беседует с потенциальной пациенткой

Мастер-класс по скандинавской ходьбе

ясняется: молодёжь уверена, что инфаркт и инсульт – удел только пожилых людей, а курение здесь ни при чём, – с огорчением прокомментировал результаты руководитель объединения «Волонтёры-медики» Павел Савчук.

Поэтому так важны профилактические мероприятия – яркие, запоминающиеся, интересные. Тем более что участником мог стать любой: и тот, кто пришёл сюда специально, и тот, кто просто вышел из соседнего офиса покурить. Все они попадали в поле зрения медиков.

Вот специалист по отказу от курения Денис Комков беседует с молодой женщиной Еленой, трудящейся в соседнем офисе. Из своих 37 лет курит 15. Сейчас это пачка в день недешёвых сигарет. Привыкла: всегда курили и мама с бабушкой. Понимает, что бросать надо, поэтому признаётся, что уже давно приглядывается к расписанию работы на здании в Китайгородском проезде, где, по

– Важными и значимыми для нас стали организация Дня сердца 29 сентября и Всемирного дня борьбы с инсультом 29 октября, а также Дня здоровья 7 апреля. В такие дни мы пытаемся привлечь внимание общественности к пониманию важности ведения здорового образа жизни – основы профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, уже долгое время остающихся главной причиной смертности населения нашей страны. В рамках этих мероприятий мы традиционно проводим бесплатные консультации специалистов различного профиля, а также образовательные школы.

– Много обнаруживается заболеваний во время таких дней здоровья?

– Это всегда индивидуально. Одно можно констатировать точно: акции дают возможность раскрыть темы, о которых наше население в силу различных причин и повседневных забот не задумывается, поэтому врачи вынуждены иметь дело с последствиями невнимательного отношения к своему здоровью.

– Какова статистика посещений подобных дней и последующих обращений к вам?

– В среднем наши акции посещают до сотни человек, и около половины впоследствии приходят на повторную консультацию. Надо понимать, что придерживаться принципов здорового образа жизни – это повседневная работа над собой, требующая усилий, иногда – помощи специалистов. Но, как говорится, дорогу осилит идущий! И надо признать, что с каждым годом людей, которые это не только понимают, но и осуществляют, становится всё больше.

– Что можно назвать главным итогом таких акций?

– Повышение информированности людей о факторах риска, о том, что многие вредные привычки корригируемы, о том, что это способно продлить человеку жизнь и сделать её качество выше.

– Чем отличается нынешнее мероприятие от предыдущего? Растёт ли число участников?

– Растёт и число участников акций, и число организаторов. В этом году к нам присоединилась организация волонтёров-медиков. Это активные инициативные будущие молодые доктора. Также нас поддерживают члены Государственной Думы. Проект набирает обороты, увеличивает сферы влияния, чему мы, безусловно, очень рады.

Думаю, что совместными усилиями мы воплотим в жизнь идею, которая сегодня кажется фантастической, и увидим Россию без табачного дыма.

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Жанна ДЫМОВА,
внешт. корр. «МГ».

Москва.

Фото Александра ХУДАСОВА.

Пресс-конференции

Антитабачный путь: шагать уверенно, но осторожно

Вклад табака в развитие риска крайне серьёзных заболеваний лёгких Всемирная организация здравоохранения оценивает в 17%. Об этом сообщила министр здравоохранения Российской Федерации Вероника Скворцова на пресс-конференции, посвящённой Дню отказа от курения.

Среди основных шагов, предпринимаемых Российской Федерацией для ограничения потребления табака, она назвала присоединение России к Рамочной конвенции по борьбе против табака. На основе её были приняты национальная стратегия «Концепция осуществления государственной политики противодействию потребления табака на 2010-2015 гг.» и Федеральный закон № 15-ФЗ от 23.02.2013 «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака».

Подводя итоги реализации этих документов, министр заявила, что впервые за последние 25 лет в нашей стране было отмечено снижение потребления табака. По данным Росстата, с 2008 г. по 2013 г. число курящих в России стало меньше на 16%, а по данным социологических опросов, за период с 2008 по 2015 г. число курящих сократилось уже на 25%. Это показательные результаты, которые свидетельствуют, что меры по снижению потребления табака должны быть продолжены. Для этого Минздравом России подготовлена Концепция осуществления государственной политики противодействия потреблению табака на 2016-2020 гг. и дальнейшую перспективу.

Одним из главных положений новой концепции министр назвала норму о защите государственной политики предотвращения потребления табака от влияния табачных организаций, недопущение установления органами государственной власти любых партнёрских отношений с табачными организациями и преференциального режима для табачных организаций.

Министр надеется, что курение станет социально неприемлемым явлением, а доступ к табачной продукции для нового поколения – максимально ограниченным. О том, что в этом плане уже есть позитивные изменения, свидетельствуют некоторые итоги Глобального обследования потребления табака среди молодёжи (GYTS) в 2015 г. Оно было выполнено на базе репрезентативных выборок и проведено в 5 городах Российской Федерации, чтобы наиболее полно отразить ситуацию по распространённости потребления табака (Хабаровск, Новосибирск, Чебоксары, Москва, Псков). Первое подобное исследование было проведено в 2004 г., а для дальнейшей оценки распространённости потребления табака среди подростков, а также эффективности введённых мер в 2015 г. состоялся второй раунд GYTS в тех же городах. Это позволило получить сравнительные данные и оценить динамику ситуации.

«По результатам GYTS-2004 и GYTS-2015 было выявлено резкое снижение распространённости курения сигарет среди подростков 13-15 лет в Российской Федерации с 25,4% в 2004 г. до 9,3% в 2015 г., склонных к употреблению табака в будущем с 46,8% в 2004 г. до 10% в 2015 г.», – сообщила министр.

Заместитель представителя ВОЗ в Российской Федерации Татул Акопян, который также участвовал в пресс-конференции, сделал акцент на «простой упаковке табачных изделий», которая стала главной темой Всемирного дня без табака – 2016. Простая упаковка, как доказано многочисленными исследованиями, помогает снизить спрос на табачные изделия, поскольку меньше привлекает внимание, а реклама, как известно, считается «двигателем» торговли.

Руководитель отдела по работе с органами государственной власти Управления социально-политических исследований ВЦИОМ Кирилл Родин представил итоги опросов населения по теме отношения к курению и необходимости борьбы с ним.

По данным проведённого ВЦИОМ в мае 2016 г. социологического исследования в 46 регионах Российской Федерации, число некурящих за год возросло на 3% и составило 69% от всего население страны (57% никогда не курили, 12% бросили курить и не курят уже некоторое время). Конечно, больше всего курящих среди мужчин – 45% (в 2015 г. – 52%), в то время как доля курящих среди женщин значительно меньше и составляет 17% (в 2015 г. – 19%).

Журналисты задавали министру вопросы о возможных дополнительных мерах по борьбе с курением. Вероника Игоревна высказала слова поддержки инициативам в этом направлении. Но считает, что принимать их надо продуманно и осторожно. Антитабачная кампания должна быть тонко психологически выстроена, чтобы вызывать поддержку в обществе, а не отторжение от нарастающих всё больше запретов. То есть каждую меру нужно прорабатывать и оценивать её эффективность.

Алексей ПАПЫРИН,
корр. «МГ».

Москва.

Острая тема

В подмосковном Орехово-Зуево группа мужчин совершила нападение на врачей ЦГБ № 1. Трое пострадавших медиков заявили, что были избиты представителями местного криминалитета, причём всё это происходило на глазах у сотрудников полиции.

Законопроект о защите медиков надо утвердить!

Поводом для конфликта стало требование нападавших немедленно осмотреть их родственника, доставленного ими с обострением панкреатита. При этом они требовали выставить из рентгенкабинета уже находившегося там больного. Получив отказ от реаниматолога и травматолога, они подвергли их избиению. Ещё один медик позже также был избит.

«Такие случаи в очередной раз доказывают необходимость повышения безопасности условий труда медицинских работников, в том числе через придание дополнительного охранного статуса и повышение ответственности за совершение преступлений в отношении медиков. До тех пор, пока законодательно медицинские работники при исполнении своих служебных обязанностей не будут приравнены к сотрудникам полиции, что должно найти отражение в специальной норме закона по аналогии с законом «О полиции», когда зафиксирована ответственность за нападение на сотрудника полиции или неповиновение ему, у нас ничего не получится. Я категорически не согласен с позицией Госдумы РФ, которая отклонила законопроект на эту тему» – считает президент Национальной медицинской палаты Леонид Рошаль.

Павел АЛЕКСЕЕВ.
МИА Cito!

Криминал

Премии вышли боком

Как сообщает Прокуратура Ставропольского края, в законную силу вступил приговор в отношении бывших главного бухгалтера и бухгалтера Будённовской ЦРБ, которые обвиняются в хищении денежных средств в размере 2 635 000 руб., принадлежащих государственному бюджетному учреждению.

Схема, придуманная предприимчивыми финансистами, была проста: главный бухгалтер выписывала своим подчинённым поощрительные премии. Затем под разными предлогами она заставляла сотрудниц отдавать эти деньги ей. Следственные органы квалифицировали такие действия как мошенничество (ст. 159 УК РФ) и присвоение (ст. 160 УК РФ), совершенные организованной группой в особо крупном размере.

С приговором суда первой инстанции прокуратура не согласилась, посчитав его излишне мягким. Суд второй инстанции частично изменил наказание, определив лишение свободы для главного бухгалтера сроком на 3 года 6 месяцев со штрафом 230 тыс. руб. с отбыванием наказания в исправительной колонии общего режима. Осуждённая взята под стражу в зале суда. А её заместителю назначено наказание 3 года лишения свободы условно со штрафом 80 тыс. руб., с испытательным сроком 3 года.

Приговор в части запрета занимать должности, связанные с осуществлением организационно-распорядительных и административно-хозяйственных полномочий в государственных органах, органах местного самоуправления, государственных и муниципальных учреждениях осуждённым, оставлен без изменения.

Алексей ЛЕОНИДОВ.
МИА Cito!

Ставрополь.

Перспективы

Нашли понимание с Никарагуа

Второй и заключительный денежный транш в размере 10 млн долл. Направлен Российской Федерацией в Никарагуа, где ФМБА России и профильный институт ведомства – СПбНИИВС ФМБА России реализует совместно с Никарагуанским институтом социального развития проект строительства современного фармацевтического производства вакцин и ряда других иммунобиологических препаратов.

Как сообщают в ФМБА России, наша страна полностью выполнила свои финансовые обязательства по проекту, и завершение строительства ожидается к концу 2016 г. Об этом на недавней встрече с Президентом России поведал руководитель ФМБА России В.Уйба. «Это уникальный проект, и к концу года мы доложим о его, я думаю, удачном завершении», – сказал он.

«Полученные средства уже направлены на закупку оборудования для нового производства и завершение строительства. Это будет самое высокотехнологичное предприятие в регионе, что позволит нам конкурировать на рынках Латинской Америки с компаниями так называемой «бигфармы», в частности, по поставкам вакцин для профилактики гриппа», – уверен директор СПбНИИВС ФМБА России Виктор Трухин.

Напомним, что институт реализует проект создания совместного российско-никарагуанского предприятия по производству вакцин имени Мечникова (Mechnikov S.A.). С начала 2018 г. предприятие планирует осуществлять поставки вакцины для профилактики гриппа как напрямую в министерства здравоохранений стран региона, так и через региональные медицинские организации, такие как панамериканская организация здравоохранения (ПАОЗ). Партнёром и соучредителем Mechnikov S.A. выступает Никарагуанский институт социального страхования.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.
МИА Cito!

Официально

ФСКН ликвидирован

Председатель Правительства РФ Дмитрий Медведев подписал распоряжение о ликвидации до конца 2016 г. Федеральной службы по контролю за оборотом наркотиков (ФСКН).

«Завершить ликвидационные мероприятия по упразднению ФСКН России, включая её территориальные органы, по 31 декабря 2016 г. включительно», – говорится в соответствующем распоряжении правительства, размещённом на официальном портале правовой информации.

Аналогичное решение принято и по отношению к Федеральной миграционной службе (ФМС).

Комиссию по ликвидации ФМС возглавит замруководителя ведомства Николай Смородин, аналогичную структуру в ФСКН – замглавы Международно-правового департамента ведомства Валерий Зиновьев. В ближайшие 2 месяца ликвидационным комиссиям предстоит провести инвентаризацию имущества.

В апреле этого года по указу Президента РФ ФСКН и ФМС как самостоятельные структуры были ликвидированы и переданы в ведение МВД.

К чему это приведёт, покажет время. Но ясно одно: сокращать многочисленный отряд федеральных чиновников, которых сейчас в России больше, чем в бывшем СССР, надо.

Иван ВЕТЛУГИН.
МИА Cito!

Однако

Без кредита жизнь – не жизнь

Похоже, близятся времена, когда без долгов нам жизнь будет не в радость.

Иначе как объяснить тот факт, что на сегодня у фармацевтов и медиков оказывается самая высокая текущая долговая нагрузка. Национальное бюро кредитных историй (НБКИ) выяснило, что средний медработник более трети своих доходов тратит на ежемесячные платежи по кредитам.

Показатель PTI (отношение ежемесячных платежей по всем кредитам к ежемесячному доходу на настоящее время) в фармацевтике и медицине составляет 33,56%, говорится в сообщении НБКИ. Столь же закредитованными оказались другие работники бюджетной сферы (в образовании на погашение кредитов тратят 33,39% зарплаты).

Самая высокая долговая нагрузка среди медиков и фармацевтов экспертами НБКИ обнаружена в республике Хакасия – 40,9%, Приморского края (40%), Смоленской (38,8%), Воронежской (37,8%) и Рязанской (37,7%) областей.

Долговая нагрузка российских заёмщиков была исследована НБКИ на основании данных 3700 российских кредиторов.

Алексей ПИМШИН.
МИА Cito!

Москва.

Итоги и прогнозы

У истоков вечной реки

От репродуктивных потерь – к репродуктивному здоровью

К сожалению, сегодня демографическая карта страны не столь обширна и оптимистична, как географическая. Сокращается численность населения, снижается его качество. В такой ситуации забота о репродуктивном потенциале подрастающего поколения приобретает особое значение. Об этом шла речь на состоявшейся недавно в Москве 2-й научно-практической конференции «Национальный и международный опыт охраны репродуктивного здоровья детей и подростков», где впервые рассматривались вопросы репродуктивного здоровья не только девочек, но и мальчиков. Поэтому, кроме детских гинекологов, присутствовали детские урологи-андрологи, педиатры. Это очень важно, чтобы специалисты слышали друг друга и понимали общие задачи.

Откровенно и всесторонне

Акцент был сделан на организационных аспектах, но широко обсуждались и клинические вопросы. Например, новые методы диагностики и лечения невоспалительных и воспалительных заболеваний половых органов у девочек и мальчиков, профилактика и коррекция нарушений полового развития. Демонстрировались современные возможности реконструктивно-пластических операций при пороках и травмах половой сферы. Шёл разговор и о специфических проблемах: эндометриозе у подростков, сексуальности, контрацепции, инфекциях, передающихся половым путём. Как сказала корреспонденту «МГ» главный специалист – гинеколог детского и юношеского возраста Минздрава России профессор Елена Уварова, слишком много событий, характерных для взрослых, сегодня перешли в подростковый и детский возраст.

Данные удручают

– В современных условиях охрана репродуктивного здоровья выходит за пределы здравоохранения и напрямую влияет на состояние национальной безопасности, – отметил главный специалист Минздрава России по репродуктивному здоровью профессор Олег Аполихин, приветствуя участников высокого собрания. – Нам нужно подумать, как не только хорошо лечить, но и как не дать заболеть, как перестроить нашу систему на здоровьесбережение.

К сожалению, показатели репродуктивного здоровья подрастающего поколения низкие. Раннее начало половой жизни без достаточной осведомлённости о безопасном сексе приводит к развитию ЗППП, воспалительных заболеваний органов малого таза, возникновению незапланированной беременности, абортам и родам в юном возрасте. Не проходит бесследно употребление алкоголя, табака, наркотиков, которому подвержены многие старшеклассники. По словам заведующего отделением репродуктивного здоровья Научного центра здоровья детей профессора Сергея Яцыка, каждая восьмая-девятая девочка страдает тем или иным гинекологическим заболеванием. За последнее десятилетие доля абсолютно здоровых девочек снизилась до 6,5%.

Чаще всего встречаются воспалительные заболевания половых органов (около 50%), нарушения менструального цикла (более чем в 40% случаев у подростков).

За минувшие 5 лет распространённость гинекологических и андрологических болезней среди детей всех возрастов увеличилась в 1,5 раза. При этом свыше половины подростков имеют заболевания, которые могут ограничить их фертильность во взрослом возрасте. Более чем у 30% юношей и девушек выявляется задержка полового созревания.

Колоссальное количество заболеваний репродуктивной системы в мужской популяции родом из детства. Распространённость врождённой и приобретённой патологии у мальчиков подтверждается данными, приведёнными профессором С.Яцыком: крипторхизм встречается у 4% доношенных и у 30% недоношенных младенцев.

В России ежегодно рождается примерно 5 тыс. детей с гипоспадией.

Будущая женщина формируется с самого раннего детства

Кстати, врождённые пороки мочеполовой системы по частоте находятся на третьем месте после аномалий сердечно-сосудистой и центральной нервной системы. Они представляют достаточно серьёзный пласт заболеваний, с которыми приходится сталкиваться педиатрам, детским хирургам, детским гинекологам, урологам-андрологам. За полтора десятилетия динамика выявления этой патологии в антенатальном периоде заметно изменилась в сторону увеличения благодаря развитию инструментальных методов исследования (в 2001г. – 26%, в 2015 г – 90%).

Как отметил С.Яцык, в целом до 40% мальчиков в нашей стране требуют андрологической помощи.

А дитя оставалось без глаза…

До 1999 г. службы оказания специализированной медицинской помощи мальчикам и юношам-подросткам в Российской Федерации не существовало. (Тогда как служба охраны репродуктивного здоровья девочек была создана ещё в 1956 г.) Благодаря усилиям профессоров Ирины Казанской, Дмитрия Тарусина и других специалистов дело сдвинулось с мёртвой точки. В 2003 г. была введена новая медицинская специальность «детский уролог-андролог», объединяющая большой объём междисциплинарных знаний, включая педиатрию, инфекции, детскую эндокринологию, хирургию, урологию, ультразвуковую диагностику, лабораторное дело, дерматовенерологию, подростковую медицину, сексологию. До этого, по словам руководителя Научно-практического центра детской андрологии Департамента здравоохранения Москвы Дмитрия Тарусина, у семи нянек, которые наблюдали за мальчиком: один – за головой, другой – за гениталиями, дитя оставалось без глаза.

С 2003 г. вступили в силу приказы Минздрава России о детском урологе-андрологе, об охране репродуктивного здоровья мальчиков и юношей-подростков, появились образовательные программы, курсы первичной специализации. О репродуктивном здоровье мальчиков начали заботиться.

Россия стала одной из первых стран в мире, где закрепилось официальное название «андрология» в отношении наиболее уязвимой части населения – детей и подростков. Это дало возможность рассматривать ребёнка как потенциального мужчину, призванного реализовывать свою репродуктивную функцию в будущем. Тогда же начала строиться сеть первичного звена, работа которого направлена на коррекцию репродуктивного здоровья. Всё это происходило с немалыми сложностями. Смежные специалисты (эндокринологи, детские хирурги, нефрологи) с большим трудом передавали андрологам пациентов для дальнейшего ведения, стараясь оставлять их за собой. Долгое время (до 2014 г.) в Минздраве России не было главного специалиста по урологии-андрологии. Однако усилия всё же приносили результат, служба развивалась. Была установлена истинная распространённость заболеваний органов репродуктивной системы у мальчиков и юношей-подростков по некоторым нозологическим формам, например варикоза яичка до 18%.

На сегодняшний день картина складывается отнюдь не радостная. Острый недостаток врачей–андрологов именно в поликлиническом звене приводит к тому, что зачастую осмотр репродуктивных органов осуществляется педиатром, детским хирургом, докторами, не имеющими специальной андрологической подготовки. А тут ещё изменились стандарты, в результате чего упразднены два профилактических осмотра, ранее проводимых. Образовался перерыв, когда детей не осматривают больше 4 лет.

– Изменения в законодательстве – основа надвигающегося провала первичной выявляемости, – считает Д.Тарусин. – Мы потеряли раннее выявление нарушений формирования пола, раннюю диагностику крипторхизма, обучение гигиеническому уходу за крайней плотью, формирование правильных навыков микции и др., в связи с тенденцией к глобализации.

Шаг вперёд, два назад

Снижение затрат в условиях экономического кризиса, тренд к укрупнению лечебно-профилактических учреждений, по словам профессора, приводит к возникновению сложностей в первичном звене здравоохранения, сокращению персонала, времени приёма. Например, в Москве в инфоматах поликлиник первичной записи к детскому урологу-андрологу сейчас нет, её просто изъяли (а специалиста перевели на второй уровень оказания медицинской помощи). Андролог включён в диспансерную группу, он проводит осмотр, но родители напрямую попасть к нему не могут.

– На наш взгляд, в этом нет никакой логики, – утверждает Д.Тарусин. – Это можно расценивать как красивый ход по снижению нагрузки на специалиста, что приведёт в последующем к уменьшению числа должностей в штатном расписании и возврату пациентов в зону внимания детских хирургов и педиатров, назначению лечения без участия уролога-андролога. Такой театр абсурда профилактической работой называться не может.

Получается, врач, проводящий профилактический осмотр, не может направить пациента к себе на приём!

Новой тенденцией по обеспечению доступности медицинской помощи в Москве является запрет на выделение времени для приёма повторных пациентов в угоду обеспечения свободных мест для первичных больных. Директива документально никак не закреплена, но она существует. В регистратурах появились «серые» талоны для «экстренных» пациентов (это когда тебе надо, ты скандальный, в очередь записаться не можешь, тебе дают талон, и доктор тебя принимает сверх норматива). Таких пациентов не видно в системе ЕМИАС, что создаёт иллюзию благополучия с доступностью, но сокращает время приёма как минимум на 2 минуты для каждого пациента за смену.

– Мы всё унифицируем, пытаемся работать по стандартам, в результате ничего, кроме схем, когда думать некогда или думать нечем, не получаем, – говорит Д.Тарусин.

По его мнению, тенденция к унификации «всего и вся» (штатного расписания, времени приёма специалиста и т.д.) влечёт за собой закрытие уникальных подразделений с богатой историей, наработками, научными и практическими школами. Д.Тарусин выразил надежду, что ошибочность этой стратегии докажет время.

Возможно, так и случится, но многое будет упущено, утрачено. Между тем, современные возможности амбулаторной службы по охране репродуктивного здоровья мальчиков широки.

– Сегодня мы можем измерить почти 20 параметров кровообращения в яичках, сконструировать трёхмерное изображение яичка, придатка и их взаимоотношения без применения магнитно-резонансной томографии, провести все необходимые измерения. Сегодня мы на УЗИ видим ровно то, что видим при хирургическом вмешательстве. Есть прекрасные технологии, связанные с ультразвуковой томографией, которые позволяют лоцировать опухолевый рост и др. Сегодня мы можем точно и с хорошей прогностической вероятностью оценивать сперматогенез и говорить о будущем подростка. И всё это можно делать на уровне обычной линейной поликлиники, если создать там специальные службы, которые будут заниматься вопросами охраны репродуктивного здоровья, – считает Д.Тарусин.

К сожалению, на местах организаторы здравоохранения не всё правильно понимают, считают «А зачем?». Естественно, тогда мальчики попадают в руки непрофильных специалистов. Итог столь не дальновидного подхода показал представитель медицинских структур Министерства обороны РФ кандидат медицинских наук Александр Согияйнен, рассказав об исследовании репродуктивной способности потенциально здоровых молодых людей 18-30 лет во время прохождения военно-врачебной комиссии. Оказалось, что фактически репродуктивная функция сохранена у 21% из них, у 79% имеются нарушения.

И ещё одна цифра. По данным ряда учёных, 42-67% патологических состояний, формирующих репродуктивную несостоятельность мужчин, имеют свои корни в детстве и юности. Это ли не подтверждение необходимости дальнейшего совершенствования и развития детской андрологической службы в стране?

Впрочем, у гинекологов тоже немало проблем, требующих решения: и организационных, и специфических. Многие из них предметно обсуждались на пленарных и секционных заседаниях. Так, существенное место в программе конференции занимали вопросы диагностики и терапии доброкачественных и злокачественных новообразований половых органов и молочных желёз у девочек. К сожалению, онкопатология у детей встречается, причём с ранними летальными исходами. Значит, надо быстро диагностировать, чтобы можно было начать современную терапию, которая даст возможность выживания.

– У детей даже когда кажется, что всё более или менее благополучно после проведённого лечения, в промежутке от 5 до 7 лет может возникнуть всплеск развития заболевания. Их нельзя оставлять без дальнейшего наблюдения после 5-летнего рубежа выживания, – отметила Е.Уварова.

На конференции был представлен опыт работы с детьми и подростками по охране репродуктивного здоровья. Им делились доктора из разных регионов нашей страны и зарубежные коллеги из Испании, Украины, Белоруссии, Казахстана.

Валентина ЕВЛАНОВА,
корр. «МГ».

Фото
Юрия ЛУНЬКОВА.

Деловые встречи

Оперирующие сверяют часы

В Чите состоялся III съезд хирургов Забайкальского края

Мероприятие такого формата проходит раз в 5 лет и собирает специалистов из краевых, городских больниц, представителей медицинских служб военного и железнодорожного ведомств, коллег из других российских регионов.

Съезд открыли ректор Читинской государственной медицинской академии профессор Анатолий Говорин и временно исполняющий обязанности министра здравоохранения Забайкальского края доктор медицинских наук Сергей Давыдов. Перед началом деловой части форума лучших специалистов хирургического профиля наградили почётными грамотами регионального Минздрава и благодарственными письмами Законодательного собрания. Ветераны-хирурги получили грамоты Забайкальского краевого общества хирургов. Тёплые слова в свой адрес услышали и прибывшие в Читу гости – член-корреспондент РАН Георгий Дамбаев (Томск), профессор Владимир Анищенко (Новосибирск), главный врач отделенческой больницы на станции Улан-Удэ ОАО «РЖД» профессор Александр Плеханов, доктор медицинских наук Сергей Шиманец (Минск). Кроме того, хирургическому сообществу был представлен новый главный хирург Министерства здравоохранения Забайкальского края – Сергей Мясников, много лет возглавлявший отделения городской клинической больницы № 1 и краевой клинической больницы.

В научную повестку съезда его организаторы включили наиболее актуальные вопросы современной хирургии. Большой интерес вызвал доклад хирурга 321-го военного клинического госпиталя Минобороны России (Чита) Марата Цыбикова, передавшего аудитории опыт хирургического лечения раненых в вооружённых конфликтах. Профессора ЧГМА Владимир Погребняков и Николай Богомолов представили собственные новейшие разработки в лечении пациентов с гнойным медиастенитом и больных с неблагоприятными последствиями эндоскопических и эндохирургических операций. Молодой эндоскопист краевой клинической больницы Татьяна Скажутина прочитала интересный доклад на тему «Оперативная внутрипросветная эндоскопия в условиях многопрофильного стационара». Забайкальские урологи при участии белорусского коллеги провели секционное заседание по актуальным вопросам урологии.

Что же до практической части двухдневной деловой встречи, то её взял на себя давний друг забайкальских хирургов профессор Владимир Анищенко (Новосибирск). Он, будучи признанным во всём мире специалистом в бариатрической хирургии, совместно с заведующим отделением хирургии Дорожной клинической больницы на станции Чита-2 Евгением Скворцовым выполнил ряд оперативных вмешательств по поводу ожирения.

Председатель Забайкальского краевого общества хирургов, заведующий кафедрой факультетской хирургии с курсом урологии Читинской ГМА, профессор Сергей Лобанов высоко оценил уровень проведённого мероприятия: «Сегодняшняя встреча забайкальских хирургов с участием известных учёных, практиков способствует совершенствованию работы наших специалистов. Обмен мнениями, дискуссии в рамках съезда послужат мощным стимулом развития хирургии Забайкалья».

Алексей САКЛАКОВ,
депутат Законодательного собрания Забайкальского края, кандидат медицинских наук.

Осмотр сложного пациента в городской клинической больнице № 1 проводит профессор С.Лобанов

Кстати

Лучшей награды не надо…

У Сергея Мясникова, назначенного главным хирургом Министерства здравоохранения Забайкальского края и представленного в новой должности хирургическому сообществу на состоявшемся днями региональном съезде, весьма любопытная история прихода в специальность. Вот его откровенный рассказ корреспонденту «МГ» Владимиру КЛЫШНИКОВУ:

Фото Владимира КЛЫШНИКОВА

– Однажды в мою квартиру почтальон принёс телеграмму без подписи: «Спасибо! Родила сына. Назвали Сергеем». Смотрю на служебные отметки в сообщении, вижу, отправлено из Борзи. Ну да, было дело, восемь с лишним месяцев назад я туда съездил в командировку… «Серёжа, тайное всегда рано или поздно становится явным! – с шутливым укором сказала жена, прочитав поданную мной для ознакомления телеграмму. – А вообще – поздравляю!»

В 1995 г. я ещё работал в читинской «дорожке» и, будучи командированный на станцию Борзя, выполнил там местной жительнице аппендэктомию. В тот же день подходит ко мне её родственница и говорит: «Если с нашим мальчиком, не дай бог, что-то случится, мы вас посадим!» «С каким мальчиком?» – не понял я. «Вот вы сейчас прооперировали женщину, она беременная, на крохотном сроке. Первый ребёнок у неё – девочка, а так как разница между двумя беременностями составляет 10 лет, то мы считаем, что теперь родится мальчик», – прозвучало подробное разъяснение.

Вернулся домой, не без иронии поведал жене о расчёте пола будущего ребёнка «по-борзински» – в зависимости от длительности перерыва между беременностями, вместе посмеялись, скоро я забыл о командировке. И вот телеграмма: родился-таки мальчик, назвали в мою честь…

Сотни, десятки сотен раз я слышал «спасибо!» от своих пациентов, и лучшей награды, чем их выздоровление, мне не надо. А выбором хирургической специальности в 1981 г. я обязан «поблагодарившему» меня за укол… безродному псу.

В школе мне хотелось бороться с преступностью, быть следователем. Готовясь к работе в органах внутренних дел, я много тренировал свою физическую выносливость, стал мастером спорта по плаванию. Мой значок не помог при поступлении в высшую школу милиции, куда я провалил экзамены, зато пригодился при конкурсном отборе в число студентов медицинского института. Там я уже на 1-м курсе нашёл свою нишу – записался в кружок при кафедре судебной медицины, выполнял исследовательскую работу по «огнестрелам»…

Однажды старшие товарищи (в их числе и аспирант кафедры общей хирургии ЧГМИ Сергей Викторович Чистохин, один из моих будущих учителей в специальности) позвали меня поучаствовать в экспериментальной операции на желудке собачки, а точнее, огромного чёрного кобеля из институтского вивария. Когда мы поздним вечером впятером цепляли на него хомуты и долго тащили в операционную, было впечатление, что не дойдём до финиша в этом кроссе, что злобная дворняга сумеет освободиться от пут и всех перекусает в фарш. Дали наркоз, я подавал инструменты и даже завязывал нитки. Перед тем, как все начали расходиться, возник вопрос, кто придёт ночью и обезболит животное. Старшие товарищи являлись городскими, жили на квартирах, и только я обретался в студенческой «общаге», что находилась неподалёку от вивария. Мне ничего не оставалось, как храбро пожать плечами: «Я обезболю!»

Собаку мы оставили на одеяльце, возле батареи отопления. Там же я нашёл её спустя два часа. Крадучись, боязливо подошёл к мохнатому существу, набрал в шприц обезболивающий препарат, и тут оно повернуло в мою сторону массивную голову. Думаю, сейчас уколю и – лишусь кисти, как пить дать оттяпает барбос. Но была ни была!.. Делаю инъекцию. Негромко взвизгнув, собачка успокаивается, утыкается мордой в мою руку и благодарно облизывает её языком.

Время до утра я провёл подле четвероногого пациента. А через два дня ушёл на кафедру общей хирургии, которую возглавляла профессор Н.Иорданская, там стал «кружковцем». К судебной медицине я потерял прежний интерес, когда переосмыслил за одну ночь своё место в профессии…

Чита.

Профилактика

Чтобы дети летом укрепили здоровье

Председатель Правительства РФ Дмитрий Медведев при посещении подмосковного детского оздоровительного лагеря «Искра» провёл видеоконференцию с регионами об организации летнего детского оздоровительного отдыха.

«Летние каникулы – это прекрасное время, которое специально предусмотрено для того, чтобы наши дети могли укрепить здоровье, набраться сил, отдохнуть, как следует», – сказал премьер-министр. По его словам, принято решение «направить в регионы 4 млрд руб. с лишним на софинансирование детского отдыха». Кабинет министров рассчитывает, что за счёт этих средств в этом году смогут отдохнуть дополнительно около 200 тыс. детей.

Деньги получит 81 регион. «Остальные именно из-за того, что у них денег, видимо, побольше, смогут провести кампанию за счёт собственных средств», – пояснил Д.Медведев.

Всего за счёт бюджетов субъектов и муниципалитетов будет направлено 42,7 млрд руб. и 4,6 – за счёт федеральных средств. Общая сумма – 47,3 млрд руб.

Заместитель министра здравоохранения РФ Татьяна Яковлева сообщила, что Минздрав ведёт мониторинг реализации мероприятий по подготовке к летней детской оздоровительной кампании. «Самое главное, – отметила она, – что все регионы представили региональные планы и порядок обеспечения медицинской помощью каждого оздоровительного лагеря».

Т.Яковлева отметила, что в этом году впервые внесена поправка в приказ Минздрава России о порядке оказания медицинской помощи в летних оздоровительных лагерях и сужены противопоказания. «Теперь у нас в оздоровительных лагерях могут оздоравливаться и дети-инвалиды вместе с сопровождающими лицами, но при этом должны быть созданы, конечно, условия. И также мониторим обеспеченность всех оздоровительных лагерей кадрами медицинскими – медицинскими сёстрами, фельдшерами, врачами», – сказала замминистра.

Руководитель Роспотребнадзора Анна Попова напомнила, что «это лето, раннее начало весны сопровождается ранним выходом клещей. Поэтому акарицидные обработки остаются очень актуальными, хотя значительных рисков мы не видим, – подчеркнула она. – Вместе с тем на сегодняшний день, хочу отметить, что выполнена обработка 93% всех площадей. Здесь в зависимости от климатических условий, не везде ещё в этом есть необходимость».

«Основной вопрос обеспечения – это готовность пищеблоков, – отметила А.Попова. – Потому как главный фактор риска – пищевой. Оборудование закуплено в 98% всех предполагаемых контрактов. Договоры на поставку продуктов сегодня заключены в 95% случаев, отстают только 5 субъектов, мы с ними ведём отдельную работу».

«В отношении важнейшей темы – санитарно-эпидемиологического контроля, благополучия всех, кто отдыхает. Здесь нужно просто, как и всегда было, держать это под контролем ежедневным, потому что мы понимаем, насколько сложными могут быть ситуации, на них приходится оперативно реагировать. В случае необходимости прошу оказывать помощь и поддержку регионам», – заключил Д.Медведев.

Константин ЩЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

Акценты

Цена человеческой жизни

Инновации в терапии онкогематологических заболеваний и доступность лекарственной помощи стали основной темой представительной встречи журналистов, состоявшейся в Будри (Швейцария)

«Умная бомба»

Одним из наиболее значимых достижений двух последних десятилетий стало снижение смертности от злокачественных заболеваний как минимум на 30%. И всё это в основном в результате регулярных скринингов и инновационных методов лечения. С такой оптимистической ноты началась первая сессия представительной встречи. Благодаря открытию и внедрению новых лекарств люди продлили себе жизнь. Например, в 1980 г. было доступно 15 видов инновационного лечения злокачественных опухолей, в результате выживало 4,57 млн человек; в 2010 г. количество методов лечения возросло уже до 129, вместе с этим увеличилось и число спасённых жизней – 11,7 млн.

Онкогематология находится в авангарде инновационных решений современной медицины, несмотря на то, что гемобластозы относятся к редким, орфанным, болезням. Новейшие противоопухолевые средства меняют подходы к терапии, и сегодня уже говорят о том, что некоторые из онкозаболеваний в ближайшем будущем могут перейти в разряд хронических.

Доступность инновационных методов лечения при онкологических заболеваниях крови увеличивает продолжительность жизни даже в случае ранее безнадёжных болезней, таких как множественная миелома (ММ) и миелодиспластические синдромы (МДС) высокого риска. А ведь ещё в конце прошлого века миелома практически не поддавалась лечению. В ту пору в арсенале врачей было несколько цитостатических препаратов, и средняя продолжительность жизни больных после постановки диагноза не превышала 2,5 года. Коренной перелом наступил в начале 2000-х годов, когда в клинической практике начали активно применять методы интенсивной химиотерапии, трансплантации костномозговых клеток и появились новые классы препаратов – иммуномодуляторы (леналидомид, и ингибиторы протеасом (бортезомиб).

Иммуномодуляторы, в отличие от традиционной химиотерапии, не только уничтожают раковые клетки, но и борются с факторами, которые позволяют им развиваться. Учёные называют их «умной бомбой», поскольку они, с одной стороны, делают лечение более таргетным, целенаправленно воздействуя на саму миеломную клетку, способствуя её апоптозу; с другой стороны, модулируют иммунную систему, повышая функцию собственных онкосупрессеров.

Как отмечалось на саммите, основной целью современного подхода к терапии множественной миеломы является, если не излечение, то достижение как можно более полных и длительных ремиссий, преодоление рефрактерности. Перефразируя классика, жизнь онкологического больного – это постоянная борьба, а поле битвы – опухолевая клетка. Рано или поздно она приспосабливается к лекарствам, используемым схемам лечения, и болезнь возвращается. В этой связи так важен поиск новых лекарственных препаратов, которые могли бы справиться с резистентностью к предшествующей терапии.

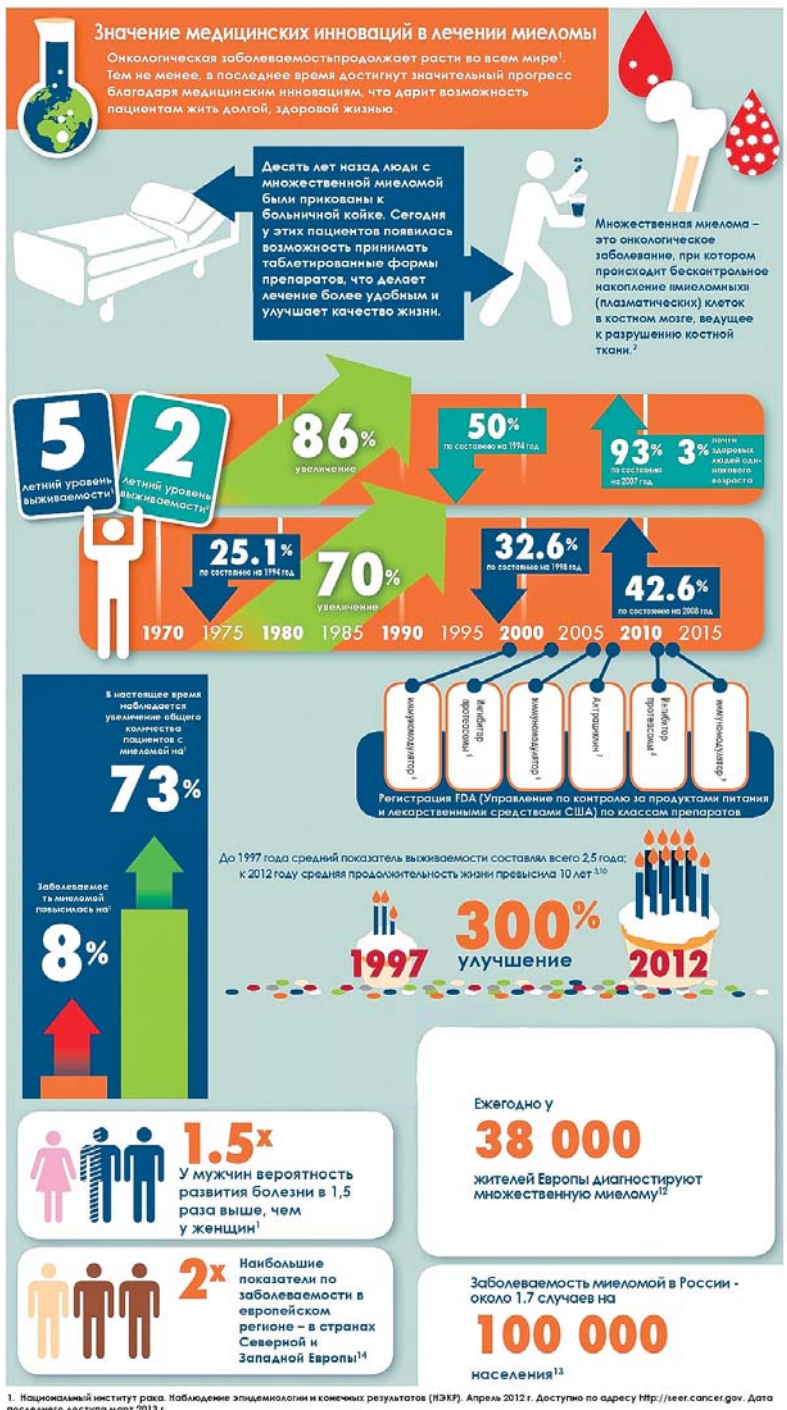
Анализ причин возникновения устойчивости опухолевой ткани к лекарствам привёл к разработке нового поколения иммуномодуляторов. Онкогематологи получили ещё один мощный инструмент для борьбы с миеломой: 3 года назад в странах ЕС и Северной Америки в клиническую практику был внедрён иммуномодулятор третьего поколения – помалидомид. Сегодня использование этого препарата помогает пациентам и их лечащим врачам преодолеть двойную рефрактерность к предыдущим терапевтическим опциям.

Благодаря таким новым лекарственным средствам миелома за последние годы превратилась из неизлечимого заболевания в болезнь, которую можно контролировать на протяжении длительного времени. Но, пожалуй, главное достижение состоит в том, что это лечение не просто добавляет месяцы и годы больным, но и возвращает их к полноценной жизни.

Надо быть реалистами

В настоящее время в здравоохранении выработалось два основных понимания инноваций: технологические, подразумевающие создание новых лекарств, и социальные, связанные с процессом достижения более высокого качества жизни. Соответственно, и решения, принимаемые в регуляторной сфере, должны учитывать оба этих важных параметра. В том числе путём введения прозрачных и понятных всем участникам рынка стандартов законодательного регулирования. В частности, в странах Европы и США разработаны меры регуляторной поддержки и преференций для фармацевтических компаний, занятых в сфере орфанных заболеваний. Работа в этом направлении начата и в России.

Разработка нового орфанного препарата требует много времени (около 12 лет исследований) и инвестиций. Создание нового лекарственного средства – всегда риск. В отношении орфанных заболеваний – риск вдвойне. Это не та сфера, где можно быстро окупить понесённые затраты. Но это очень важная социальная миссия, которую берёт на себя фармацевтический бизнес, благодаря чему уже сегодня и в будущем могут быть спасены сотни тысяч человеческих жизней. Известны примеры, когда из 177 клинически исследованных препаратов, разрабатываемых как лекарства от рака лёгких, только 10 оказались эффективными и стали доступными для пациентов. Остальные исследования 167 молекул не имели успеха, а инвесторы, которые открыли и разработали эти продукты, понесли колоссальные убытки.



1. Национальный институт рака. Наблюдение эпидемиологии и конечных результатов (НЭКР). Апрель 2012 г. Доступно по адресу http://seer.cancer.gov. Дата последнего доступа март 2013 г.
2. Национальный институт рака. Что вам нужно знать о множественной миеломе. Август 2008 г. Доступно по адресу http://www.cancer.gov/cancertopics/wyntk/myeloma.pdf. Дата последнего доступа Март 2013.
3. Международный фонд миеломы. Международный фонд миеломы считает, что новые исследования показывают более длительную продолжительность жизни у больных миеломой и улучшенный ответ на лечение. Май 2008. Доступно по адресу: https://myeloma.org/ArticlePage.action?tabId=18&menuId=0&articleId=2349&aTab=-1&gParentType=tab&gParentId=18&parentIndexPageId=65&parentCategoryId = 581. Дата последнего доступа март 2013г.
4. Инструкция по медицинскому применению препарата Thalomid (таломид) (США). Celgene Corporation. Саммит, Нью-Джерси. Февраль 2013 г.
5. Инструкция по медицинскому применению препарата Velcade (велкад) (США). Millennium Pharmaceuticals, Inc. Кембридж, Массачусетс. Январь 2012 г.
6. Инструкция по медицинскому применению препарата KYPROLIS (кипролис) (США). Celgene Corporation. Саммит, Нью-Джерси. Февраль 2013 г.
7. Инструкция по медицинскому применению препарата Dexil (дексил) (США). Janssen Biotech, Inc. Харшам, Пенсильвания. Сентябрь 2012 г.
8. Инструкция по медицинскому применению препарата Kyprolis (кипролис) (США). Onyx Pharmaceuticals. Сан-Франциско, Калифорния. Июль 2012 г.
9. Инструкция по медицинскому применению препарата POMALYST (помалист) (США). Celgene Corporation. Саммит, Нью-Джерси. Февраль 2013 г.
10. Кумар С., и др. Улучшение выживаемости пациентов с множественной миеломой и влияние новых видов лечения. Blood. 2011; 111 (5): 2516-2520. 10.
11. Сообщество по лейкемии и лимфоме. Руководство по миеломе. Июль 2012 г. Доступно по адресу http://www.lls.org/content/nationalcontent/resourcecenter/freeeducationmaterials/myeloma/PDF / myelomaguide.pdf. Дата последнего доступа март 2013г.
12. Европейский Наблюдательный Совет по онкологическим заболеваниям. Справочная информация EUCAN. Множественная миелома и иммунопролиферативные заболевания. Доступно по адресу: http://eucancer.iarc.fr/EUCAN/Cancer.aspx?Cancer=39
13. Уровень заболеваемости и смертности от онкологических заболеваний в Европе. Доступно по адресу: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23485231
14. http://eco.iarc.fr/eucan/Cancer.aspx?Cancer=39

Понятно, что все перечисленные факторы не могут не определять ценообразование инновационных медикаментов. Но главными остаются преимущества лекарственной терапии для пациентов, системы здравоохранения и общества в целом. Как отмечалось на второй сессии саммита, посвящённой обсуждению вопросов экономики здравоохранения, основные принципы ценообразования, которых придерживается фарминдустрия, позволяют обеспечить эти преимущества. Кроме пользы для пациентов, здравоохранения и общества, конечно, выгоду получают и сами компании. Но ценообразование, считают в индустрии, должно стимулировать дальнейшие инвестиции в изобретение, и потому значительная часть доходов расходуется на финансирование ресурсоёмких исследований. До 15% прибыли инвестируется в научно-исследовательскую деятельность – это средний отраслевой показатель; известны примеры компаний, которые превышают его более, чем в 2 раза.

Эксперты отмечали: по истечении срока патента на продукт, выгоду от доступного и недорогого дженерика продолжают извлекать пациенты и общество. Но, если не было бы оригинальных препаратов, на разработку и клинические исследования которых были истрачены миллионные суммы фармкомпаниями-разработчиками, обществу, человечеству, пациентам не были бы доступны эти дженерики.

Однако все усилия учёных и индустрии будут тщетны, если лекарство не дойдёт до пациента. Надо быть реалистами. Создание нового лекарства – длительный, дорогостоящий процесс. Потому в странах с социально ответственной позицией государство возмещает расходы на терапию инновационными лекарственными средствами. Система лекарственного возмещения предполагает проведение клинической и фармакоэкономической экспертизы, переговоры с производителем относительно схемы софинансирования – это повышает доступность терапии и одновременно минимизирует риски регулятора, делает бюджетные траты более предсказуемыми.

Риск – благородное дело

Доступность и качество терапии – два ключевых слова, которые должны быть положены в основу здравоохранения не только сегодняшнего дня, но и будущего. В мировой практике существует несколько подходов к увеличению доступности лечения. Заключается неконтрактное соглашение между регулятором и производителем – по аналогии с принятыми в европейской практике – Pharmaceutical Price Regulation Scheme. Оно может включать разные формы скидок, к примеру, в зависимости от исхода ответа пациента на терапию или от объёма закупок; в разной форме – процент от фиксированной цены или фиксированная цена для государственных закупок в определённом объёме, возвращение части средств за закупки по результатам продаж за год и т.д.

Одна из схем софинансирования – «соглашение о разделении рисков» (Sharing Risk Scheme), суть которой состоит в том, что возмещение стоимости терапии компании-производителю осуществляется по результатам лечения, только в случае, если лекарственный препарат реально помог больному.

Другим важнейшим инструментом в решении вопросов оптимизации расходов на лечение является институт оценки медицинских технологий (Health technology assessment). Методы ОМТ дают возможность сделать оптимальный выбор терапии, оказывающей максимальную эффективность в условиях ограниченного бюджета.

Фармацевтическая отрасль – отличный пример того, как деятельность компаний, их умение брать на себя ответственность и принимать риск, а также креативность сотрудников помогают улучшить качество жизни и здоровье людей.

– В сфере здравоохранения общерыночные принципы, такие как «спрос – предложение» не всегда оказываются действенными, – подчеркнула Карен Файси, консультант правительства Шотландии по вопросам здравоохранения. – Безусловно, все пациенты, нуждающиеся в терапии, должны получать необходимые им препараты. Но надо учитывать, что существует государственный бюджет, который невозможно скорректировать в бóльшую сторону, поэтому действительно важно соблюсти баланс между стоимостью и эффективностью препарата.

В борьбу за повышение доступности и качества лечения активно вовлекается и пациентское движение. К примеру, в той же Шотландии представители пациентских организаций участвуют в обсуждении о включении тех или иных препаратов в госзакупки, и делают это весьма успешно.

– Сегодняшняя дискуссия подвела нас к мысли о том, что не существует некой «секретной формулы», определённой догмы в ценообразовании, которая позволила бы легко принимать решения в этой сфере, – резюмировал Ян Ле Кэм, глава авторитетной европейской пациентской организации Eurodis, объединяющей больных с орфанными заболеваниями. – Но в такие моменты важно не забывать об интересах больных, являющихся своего рода заложниками длительных ценовых переговоров. Многие из этих людей могли бы остаться живыми, если бы получили своевременное лечение препаратами, которых они так и не дождались.

Ирина СТЕПАНОВА,
спец. корр. «МГ».

Будри, Швейцария.

Авторитетное мнение

Воспитание неравнодушия

Ректор РязГМУ Роман Калинин – об участии в V форуме студентов медицинских и фармацевтических вузов и творческой самореализации в профессии

Недавно в Санкт-Петербурге на базе Северо-Западного государственного университета им. И.И.Мечникова состоялся V форум студентов медицинских и фармацевтических вузов России. Общение развивалось по пяти основным направлениям. На секции «Всегда – учиться, всё – знать» обсуждались перспективы медицинского образования, секция «Мы разные – в этом наше богатство» была посвящена внеучебной деятельности, секция «Мы вместе, в этом наша сила» – студенческим организациям, «Не навреди» – профессии врача и медицинской этике, и наконец, «Вчера – мечты, сегодня – достижения» – вузовской научной деятельности.

Активным участником форума стала делегация Рязанского государственного медицинского университета им. И.П.Павлова во главе с ректором вуза Романом КАЛИНИНЫМ.

По итогам форума мы решили узнать, как он оценивает значение этого события, а заодно поговорить о современном медицинском образовании и внеучебных инициативах.

Диалог по всем направлениям

– Роман Евгеньевич, вы принимали активное участие в петербургском форуме студентов медвузов – были одним из экспертов. Каково значение этого мероприятия с точки зрения ректора современного медицинского вуза?

– Очень велико. Форум – это интегральное, объединяющее мероприятие, на площадках которого обсуждается всё. Ребята делятся тем, что они наработали за прошедший год, между собой, с представителями Министерства здравоохранения, Министерства образования, с экспертами, преподавателями, профессорами и т.д. Важна и обратная связь. Руководителям отрасли и образовательных организаций важно знать мнение студентов, понимать их проблемы, сложности, с которыми они сталкиваются.

Кроме того, хочу отметить, что в этом году была организована встреча с известными медиками, получившая название «Мудрость поколений». В ней приняли участие такие легенды медицины, как Леонид Рошаль, Александр Румянцев, Евгений Шляхто и Андрей Каприн. Академик Лео Бокерия не смог присутствовать лично, поэтому записал видеообращение к участникам. Ребята встретились с учёными самого высокого уровня, которые рассказали им, как они работают, с какими проблемами сталкиваются. Мне кажется, это был очень сильный мотивирующий фактор.

– Какие ещё запомнились моменты?

– С точки зрения серьёзности, ответственности, это, наверное, встреча с министром здравоохранения. Был очень интересный диалог: множество вопросов и конструктивные ответы. А эмоционально самым ярким моментом стал финал общей зарядки. Более 300 участников запустили в небо воздушные шары со своими пожеланиями, это было очень символично.

– С каким настроением и с какими проектами ехала на форум делегация от РязГМУ?

– Мы участвовали во всех трёх конкурсах, в одном из них победили (экспозиция РязГМУ заняла первое место в номинации «Моя профессия – мой образ жизни». – **А.К.**). В сравнении с прошлым годом был заметен значительный качественный рост. Видно, насколько творчески все подошли к заданным темам – и про профессию, и про вклад в развитие университета, и про годы дружбы.

Ребята выходили с форума заинтересованными, заряженными идеями. Теперь важно обменяться мнениями, донести эту информацию до остальных в рамках студенческого самоуправления. Принести эту атмосферу в вуз. Главное – не оставить никого равнодушным, не оставить никого вне поля зрения. Конечно, никогда не бывает стопроцентно активных ребят, но не должно быть тех, кому всё равно. С любви и уважения к своей alma mater, к тому, что там происходит, наверное, и начинается глобальное гражданское сознание.

«Мы выбрали «тот» вуз»

– А что может помочь в воспитании этой любви к alma mater – студенческое самоуправление, волонтёрство, что-то ещё?

– На самом деле, всё что угодно. В вузе должна существовать система воспитательной работы, которая охватывает всё. Важна полная свобода реализации каждого студента – я не говорю сейчас о деструктивных инициативах. Мы создаём условия, в которых ребята могут найти себя, найти применение своим творческим способностям. Хорошо, когда постоянно изобретаются новые форматы, когда ребята приходят в студенческий совет и говорят: вот наше предложение, давайте обсудим, как его реализовать.

Приведу один пример. Студенты снимали фильм про ректора нашего университета Евгения Алексеевича Строева, который руководил РязГМУ в 90-е годы. И потом написали в социальных сетях: «Спасибо администрации за те условия, в которых мы можем реализовать себя... Мы выбрали «тот» вуз». Эта последняя фраза дорогого стоит. И за ней – огромная совместная работа всей нашей команды.

Поймите, мы растим не только классных специалистов. Не может быть хороший врач невоспитанным человеком, не патриотом. Вуз, конечно, – это только одна из составляющих. И здесь не нужно ничего навязывать. Сейчас немного другие ребята, им надо объяснять, показывать на собственном примере. И тогда это работает.

Вершина айсберга

– Пять тематических секций форума отражают сумму того, чем сегодня живёт и дышит каждый медицинский вуз. В одном из этих обсуждений, посвящённом непосредственно образованию, вы участвовали в качестве эксперта. Как проходят нововведения, в частности, подготовка к переходу на аккредитацию?

– Сейчас происходит очень много нового, это и введение новых стандартов, и переход к аккредитации. Конечно, у ребят ещё есть вопросы, в основном организационные моменты – по самой процедуре и по последующему допуску к профессии. Например, у лечебного факультета встал вопрос об аккредитации врачей приёмного покоя, которые оказались как-то особняком. После обсуждения Вероника Игоревна поручила департаменту проработать эту тему. Такие вопросы говорят о том, что ребята очень вдумчиво подходят к самому процессу. Им важно не только получить перечень и возможность работать, но и понять, где и кем они будут трудиться, готовы ли они к профессии.

Да, сейчас мы новаторы, нам повезло устанавливать эту систему, начинать в ней работать. И именно на этом этапе хорошо найти какие-то слабые моменты, исправить их, отладить, чтобы дальше уже шло без шероховатостей. Но в целом, насколько я могу судить, все образовательные организации уже готовы, сейчас идёт индивидуальная шлифовка в рамках вуза и кластера. Эта структура, кстати, очень помогает обмениваться опытом и новыми наработками.

> ***Цитата***
> ***Вероника Скворцова, министр здравоохранения РФ:***
> *«Вы – лучшие представители не только 52 вузов Минздрава, но и 40 медицинских факультетов федеральных университетов... Вы – наш настоящий кадровый резерв, вы – наши единомышленники и носители того нового, что мы хотим привнести в систему медицинского образования и здравоохранения в целом.*
> *Вы все оказались в едином профессиональном поле. Для нас важно, чтобы планка качества для всех была едина. Та система аккредитации, которую мы вводим, по сути, воспроизводит международный опыт, существующий десятилетия».*
> *Из выступления перед студентами на форуме.*

Никогда не станем роботами

– Говоря о диалоге поколений, сегодняшние студенты после выпуска будут работать уже в совершенно новых условиях: электронное рабочее место, возможность консультации с базой данных, на форумах. Как вы думаете, не сложно ли им будет встраиваться, не будет ли конфликта поколений с теми, кто привык работать «по старинке»?

– Я так не думаю. Да, мы будем идти по пути «оцифровывания», внедрения новых устройств, технологий. Но отечественная медицинская школа, как никакая другая, всегда учила клиническому мышлению. Мы учились и учимся в первую очередь постановке диагноза. Алгоритм начинает работать только тогда, когда ты думаешь в правильном направлении. И в этом как раз могут помочь консультации со старшими коллегами, обмен опытом. Именно так и реализуется связь поколений. Как сказано в Клятве врача: «Буду обращаться, если этого требуют интересы врачевания, за советом к коллегам и сам никогда не откажу им ни в совете, ни в бескорыстной помощи»... Да, сейчас они учатся в эпоху симуляционного, тренингового подхода к обучению. Но мы никогда не уйдём от постели пациента, не станем роботами, не перестанем учить ребят лечить не болезнь, а больного.

– То есть нельзя сказать, что меняется парадигма медицинского образования?

– Я думаю, нет. И нет смысла её менять, ведь клиническое мышление – это наше сильное звено. Алгоритм, стандарт – это прекрасно. Любая формализация, доведение действий до автоматизма уменьшает количество ошибок, помощь оказывается быстрее, правильнее. Всегда на плечах будет голова, которая принимает решения. В конце концов, надо же знать, какой алгоритм запускать.

> ***Цитата***
> ***Вероника Скворцова, министр здравоохранения РФ:***
> *«Вам очень повезло, потому что ваше профессиональное становление связано с особым периодом развития российского здравоохранения. Оно становится стратегической отраслью, важной для каждого».*
> *Из выступления перед студентами на форуме.*

Среди творческих профессий

– Как происходит сейчас интеграция науки и образования в пределах вуза? Как действуют молодёжные научные общества?

– Они развиваются, и очень активно. Сейчас практически нет вузов, где не проходили бы студенческие конференции. Несомненно, наука – это творческая работа. Без желания постигать, изучать новое, без эксперимента не продвинуться вперёд. Мы, со своей стороны, всячески ребят поддерживаем, издаём сборники, публикуем тезисы, проводим мероприятия.

– Поговорим о волонтёрском движении. Есть мнение, что волонтёрские программы для студентов-медиков должны быть связаны исключительно с работой с людьми. Вы согласны с этим тезисом?

– Есть разные направления волонтёрских программ. И даже если мы говорим о воспитании сердечности, милосердия, качеств, необходимых врачу, – что, например, плохого в помощи бездомным животным? Нет, я считаю, здесь важно другое. Пусть каждый занимается тем, что ему интересно, где он может раскрыться: один отряд работает с пожилыми, другой – в направлении паллиативной помощи, третий с животными, четвёртый – поисковый и т.д. Но главное – коммуникация. Они должны постоянно пересекаться, общаться друг с другом. Тогда это достигает позитивного эффекта, ребята вовлекаются в деятельность. А ведь есть ещё спорт, культура, донорство... Пусть они меняют направления, ищут себя, им на смену обязательно придут следующие.

– На форуме много говорилось о кураторстве. Расскажите, пожалуйста, как взаимодействуют студенты старших и младших курсов в РязГМУ?

– Несколько лет назад мы стали готовить кураторов, и в порядке эксперимента ими стали у нас не только преподаватели, но и студенты. Это хороший опыт. Сейчас их около 30 человек. Также старшие ребята у нас активно участвуют в подготовке различных мероприятий и уже сами привлекают туда младших. Например, недавно приезжали баскетболисты, наши выпускники, и сыграли с действующей молодёжной сборной вуза. Здесь и культура здорового образа жизни, и опять же – связь поколений.

– Здоровый образ жизни – своеобразная визитная карточка РязГМУ. Как вы планируете дальше развивать это направление?

– Мы проводим общую зарядку, организуем спортивные мероприятия. Думаем о других масштабных проектах. Сейчас для нас основная тема – вовлечение в массовую физическую культуру.

Мы создаём условия для занятий спортом. В прошлом году ввели в строй зал бокса и борьбы, в этом году у нас есть планы по созданию футбольной площадки на территории медицинского городка. Хотелось бы, чтобы став студентами вуза, ребята могли продолжить занятия, какими бы спортивными направлениями они не увлекались раньше.

Это была бы большая победа. Возможно, мы будем идти по пути объединения усилий в области здорового образа жизни с другими вузами региона.

Студенты РязГМУ всегда готовы к пробежке

Анна КАБИКОВА,
спец. корр. «МГ».
Рязань.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 38 (1977)

(Продолжение.
Начало в № 37-38 от 27.05.2016.)

Клинико-электрокардиографические синдромы

28. Синдром Морганьи – Адамса – Стокса (синдром Морганьи – Эдемса – Стокса, МАС).

Проявляется приступами потери сознания, обусловленными тяжёлой ишемией головного мозга вследствие нарушений сердечного ритма. Этот синдром является клиническим проявлением внезапного прекращения эффективной сердечной деятельности (равной 2 л в минуту) и может быть вызван как сильно замедленной или прекратившейся деятельностью желудочков (асистолия желудочков), так и очень резким повышением их активности (трепетание и мерцание желудочков). В зависимости от характера нарушений ритма, обусловившего появление синдрома Морганьи – Адамса – Стокса, различают его три патогенетические формы:

1. Олиго- или асистолическая (брадикардическая, адинамическая).
2. Тахисистолическая (тахикардическая, динамическая).
3. Смешанная.

Олигосистолическая и асистолическая форма синдрома Морганьи – Адамса – Стокса

При этой форме сокращения желудочков замедлены до 20 в минуту или вообще выпадают. Длящаяся более 5 секунд желудочковая асистолия вызывает возникновение синдрома Морганьи – Адамса – Стокса (рис. 18).

Брадикардитическая форма синдрома МАС встречается при синоаурикулярной блокаде и отказе синусового узла, атриовентрикулярной блокаде II и III степени.

Тахисистолическая форма синдрома Морганьи – Адамса – Стокса

Симптомы при этой форме обычно проявляются при частоте желудочковых сокращений более 200 в минуту, но это необязательное правило. Появление признаков ишемии головного мозга определяется частотой и длительностью тахикардии, состоянием миокарда и мозговых сосудов (рис. 25-26).

Тахисистолическая форма синдрома МАС встречается при мерцании или трепетании желудочков, пароксизмальной тахикардии (предсердной или желудочковой), мерцании или трепетании предсердий с высокой частотой желудочковых сокращений.

Смешанная форма синдрома Морганьи – Адамса – Стокса

При этой форме периоды желудочковой асистолии чередуются с периодами желудочковой тахикардии, трепетанием и мерцанием желудочков. Обычно это наблюдается у больных с предшествующей полной атриовентрикулярной блокадой, у которых сравнительно часто наступает мерцание или трепетание желудочков (рис. 18, 26).

29. Моркио (Morquio) синдром II (болезнь Моркио).

Аномалия развития проводящей системы сердца: полная предсердно-желудочковая диссоциация. Часто сочетается с другими врождёнными пороками сердца, особенно с дефектами сердечных перегородок. Блокада сама по себе обычно клинически не проявляется. Приступы Морганьи – Адамса – Стокса наблюдаются в очень редких случаях. Нарушение совместимо с долгой и активной жизнью (рис. 24).

30. Оппенгеймера – Ротшильда (Oppenheymer – Rothshild) синдром (послеинфарктная блокада, арборизационная блокада).

Блокада периферических разветвлений проводящей системы сердца: характеризуется заметным уширением QRS при снижении его вольтажа, возможно значительное искажение желудочкового комплекса; площадь этого комплекса остаётся почти неизменной или даже уменьшенной. Морфологическим субстратом подобной картины ЭКГ могут быть диффузные, рубцовые и фиброзные изменения в миокарде, задерживающие переход возбуждения с проводящей системы на сократительный миокард.

Чаще всего электрокардиографическая картина арборизационной блокады обусловлена небольшими местными нарушениями венечного кровообращения типа инфарктов.

Чем ниже вольтаж зубцов при картине данной блокады, тем осторожнее должен ставиться прогноз, особенно при одновременном удлинении интервала PQ.

Очаговая внутрижелудочковая блокада (местная очаговая пристеночная блокада, местная внутрижелудочковая блокада, неспецифические изменения внутрижелудочковой проводимости) – нарушение проводимости, возникшее дистальнее основных ветвей левой и правой ножек пучка Гиса. При такой блокаде нарушение проводимости может наблюдаться в волокнах Пуркинье, в месте перехода от волокон Пуркинье к сократительному миокарду или в отдельных волокнах миокарда.

На ЭКГ выявляется уширение и деформация комплекса QRS при отсутствии признаков блокады ножки пучка Гиса. В большинстве случаев очаговая внутрижелудочковая блокада сочетается с блокадой одной из ветвей левой ножки пучка Гиса (рис. 27).

31. Острый коронарный синдром (ОКС).

Группа клинических признаков или симптомов, позволяющих подозревать острый инфаркт миокарда или нестабильную стенокардию.

Нестабильная стенокардия диагностируется на основании жалоб и анамнестических данных, при этом изменения на ЭКГ могут отсутствовать. Особое место занимает вазоспастическая стенокардия (вариантная, Принцметала или особая), при которой на высоте ангинозного приступа часто выявляется элевация сегмента ST, обусловленная субэпикардиальным повреждением миокарда, вследствие спазма коронарной артерии и снижением кровоснабжения миокарда.

Инфаркт миокарда с подъёмом сегмента ST (как правило, впоследствии приводит к формированию Q-образующего инфаркта миокарда) развивается в результате полной и стабильной окклюзии коронарной артерии. Инфаркт миокарда без подъёма сегмента ST (впоследствии это инфаркт миокарда без патологического зубца Q) – при неокклюзирующем или интермиттирующем тромбе (рис. 28-29).

В подавляющем большинстве случаев непосредственной причиной ОКС является тромботическая окклюзия коронарной артерии. Значительно реже к ОКС может приводить длительный спазм коронарных артерий, эмболии, повышение потребности миокарда в кислороде, травмы, артериты, расслоение, аномалии коронарных артерий, заболевания крови, аортальные пороки сердца, расслаивающая аневризма аорты, тиреотоксикоз, тяжёлая гипоксия и т.д.

32.Пейсмекерный синдром (синдром кардиостимулятора).

Симптомокомплекс, развивающийся у больных после имплантации кардиостимулятора и обусловленный наличием вентрикуло-атриального проведения или потерей АВ-синхронизации. Выражается общей слабостью, быстрой утомляемостью, одышкой при нагрузке, ортостатической гипотонией, головокружением, обмороками.

33. Постдеполяризационный синдром (см. синдром Коссио, синдром Шатерье).

34. «Праздничного сердца» синдром.

Среди алкогольных поражений миокарда различают так называемый синдром «праздничного сердца» (holiday heart), заключающийся в возникновении различных, как правило, наджелудочковых аритмий после употребления большого количества алкоголя при отсутствии изменений миокарда (рис. 30).

35. Ранней реполяризации желудочков синдром.

Представляет собой ЭКГ-феномен, заключающийся в регистрации элевации сегмента ST до 2-3 мм выпуклостью книзу, как правило, во многих отведениях, наиболее показательно – в грудных. Точка перехода нисходящей части зубца R в зубец T при этом находится над изолинией, часто в месте этого перехода определяется зазубрина или волна («верблюжий горб», «волна Осборна», «шляпный крючок», «гипотермический горб», «волна J»), зубец T положительный. Иногда в рамках данного синдрома отмечается резкое нарастание амплитуды зубца R в грудных отведениях, в сочетании с уменьшением и последующим исчезновением зубца S в левых грудных отведениях. Изменения ЭКГ могут уменьшаться во время пробы с физической нагрузкой, регрессировать с возрастом (рис. 31).

Существует несколько гипотез, объясняющих подобные изменения ЭКГ, наиболее аргументированные – неравномерность процессов реполяризации и деполяризации различных отделов миокарда и функционирование дополнительных атриовентрикулярных пучков проведения. Ранее синдром ранней реполяризации желудочков считался вариантом нормы, в свете же современных представлений этот ЭКГ-феномен является маркёром дисфункции вегетативной нервной системы и риска развития сердечно-сосудистой патологии.

36. Романо – Уорда (Romano-Ward) синдром (см .синдром длинного интервала QT).

37. Самойлова – Венкебаха (Wenchebach) синдром I (сино-аурикулярная блокада типа Самойлова – Венкебаха).

Разновидность неполной синоаурикулярной блокады второй степени: блокада синусового импульса происходит после постепенного увеличения времени синоаурикулярной проводимости в течение нескольких последовательных циклов, что вызывает прогрессирующее укорочение интервалов P-P, после чего следует пауза синоаурикулярной блокады. Пауза P-P синоаурикулярной блокады меньше удвоенной величины продолжительности предшествующего нормального интервала P-P. Нормальный интервал P-P после паузы синоаурикулярной блокады длиннее нормального интервала P-P перед паузой.

Классификация острого коронарного синдрома

ОКС без подъёма сегмента ST	ОКС с подъёмом сегмента ST
Нестабильная стенокардия	Вазоспастическая стенокардия
Не Q-образующий инфаркт миокарда	Не Q-образующий инфаркт миокарда
Q-образующий инфаркт миокарда	Q-образующий инфаркт миокарда

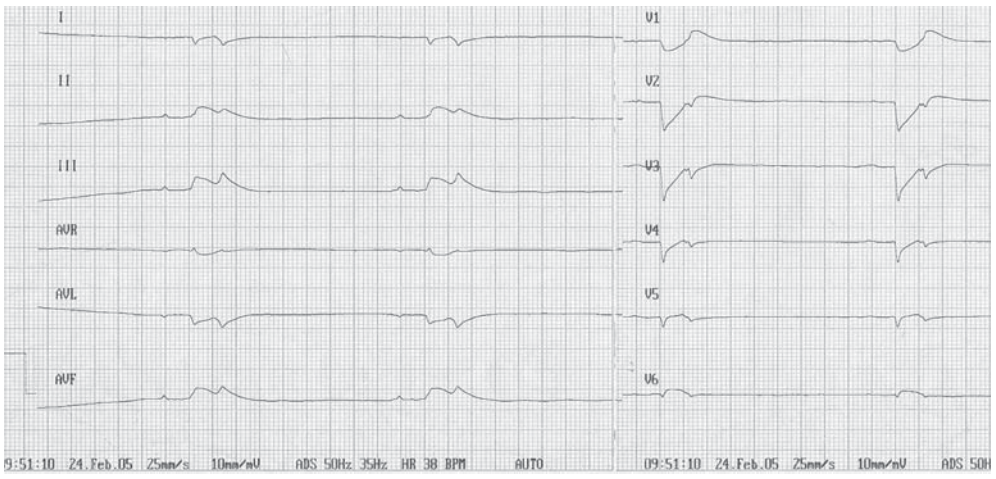


Рис. 27. ЭКГ при очаговой внутрижелудочковой блокаде. Комплекс QRS низкоамплитудный, расширенный (больше 0,12 с), без признаков блокады ножек

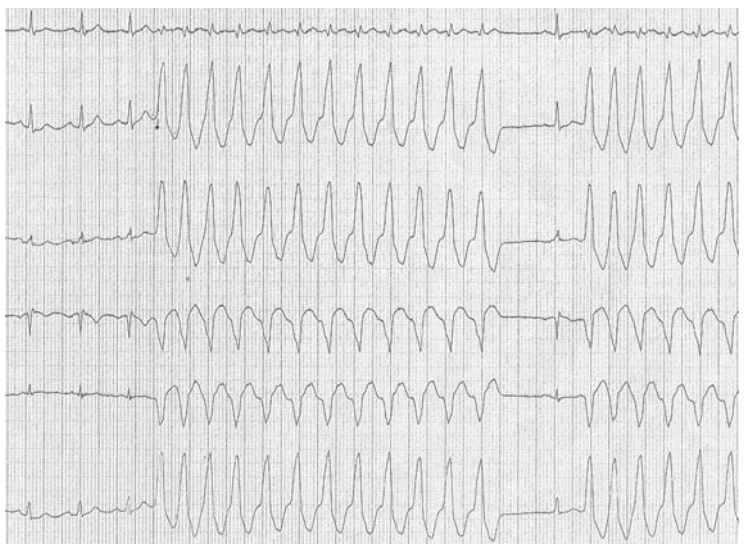


Рис. 25. ЭКГ при тахисистолической форме синдрома Морганьи – Адамса – Стокса. Пробежки неустойчивой желудочковой тахикардии

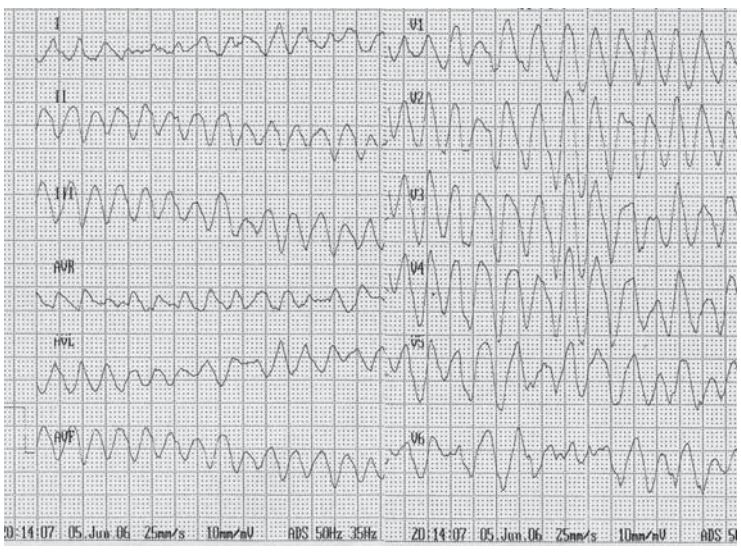


Рис. 26. ЭКГ при тахисистолической форме синдрома Морганьи – Адамса – Стокса. Трепетание желудочков

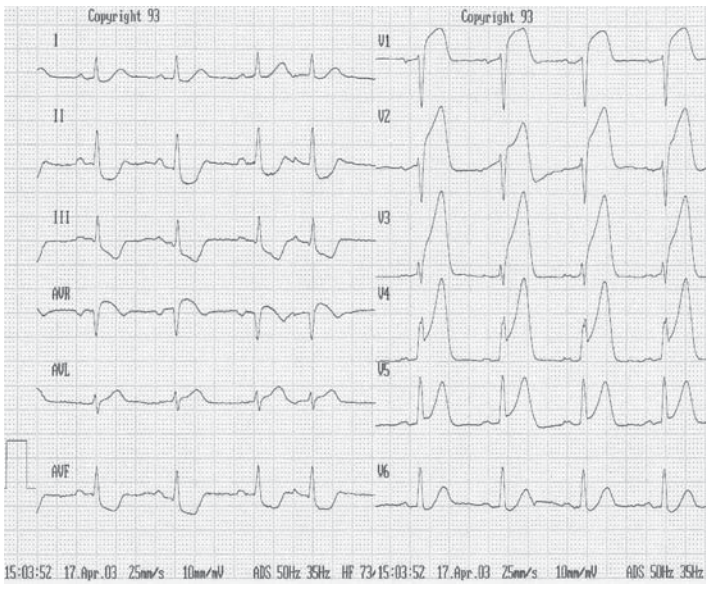


Рис.28. ЭКГ передне-распространённого инфаркта миокарда с подъёмом сегмента ST (STEMI). Заключение: синусовый ритм, ЧСС – 75/мин, предсердная экстрасистолия. Трансмуральное повреждение перегородочной, передней, боковой стенок левого желудочка (элевация сегмента ST aVL, V1-V5)

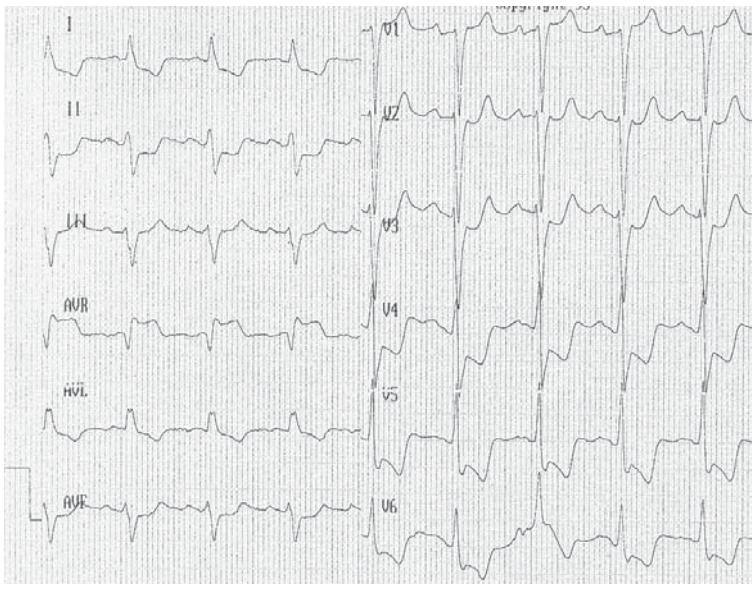


Рис.29. ЭКГ циркулярного инфаркта миокарда без подъёма сегмента ST (NSTEMI). Заключение: синусовая тахикардия, ЧСС – 96/мин, блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса. Субэндокардиальное повреждение передней, боковой и нижней стенок левого желудочка (депрессия сегмента ST I, II, aVL, aVF, V3-V6)

Синоаурикулярная блокада II степени проявляется частичным проведением импульсов из синусового узла, что приводит к выпадению сокращений предсердий и желудочков. Различают два типа синоаурикулярной блокады II степени:

Синоаурикулярная блокада II степени I типа (с периодикой Самойлова – Венкебаха)

1. Прогрессирующее укорочение интервалов P-P (периодика Самойлова-Венкебаха), за которым следует длительная пауза P-P.

2. Наибольшее расстояние P-P – во время паузы в момент выпадения сокращения сердца.

3. Это расстояние не равно двум нормальным интервалам P-P и меньше их по продолжительности.

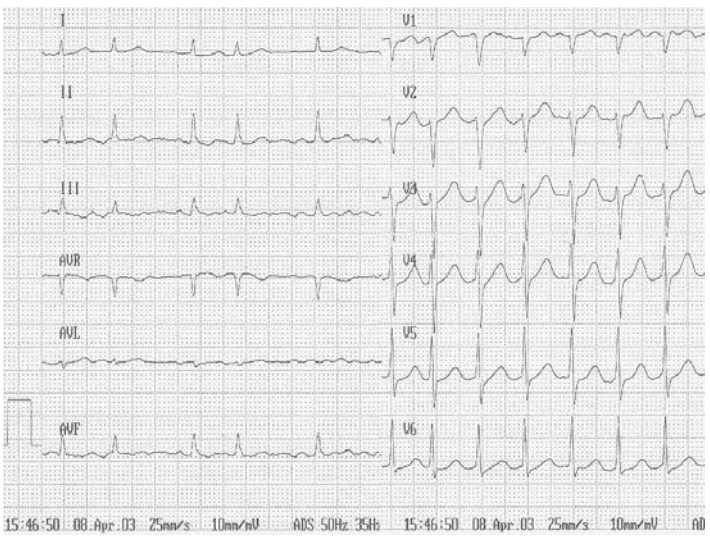


Рис. 30. ЭКГ при мерцании предсердий. Волна f с частотой 350-750/мин. Альтернированные комплексы QRS расположены на различных расстояниях друг от друга

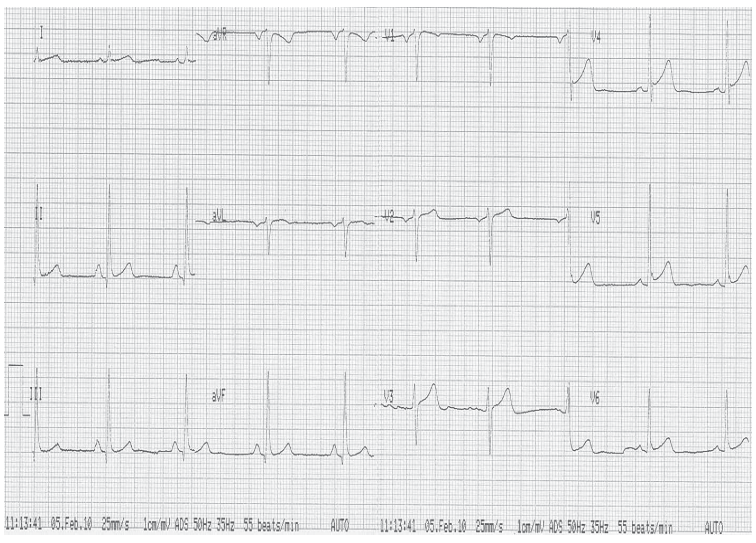


Рис. 31. ЭКГ при синдроме ранней реполяризации желудочков. Элевация сегмента ST, более отчётливая в грудных отведениях, и зазубрина в месте соединения зубцов R и T

4. Первый после паузы интервал P-P более продолжителен, чем последний интервал P-P перед паузой (рис. 32).

Самойлова – Венкебаха блокада II (атриовентрикулярная блокада Мобитца I).

Разновидность неполной атриовентрикулярной блокады II степени: от систолы к систоле постепенно замедляется атриовентрикулярное проведение (удлиняется интервал PQ на ЭКГ) до выпадения одного сокращения желудочков; затем следует систола с нормальным PQ, который снова начинает удлиняться. Интервал PQ после паузы, наступающей после выпадения, короче, чем перед паузой.

Атриовентрикулярная блокада II степени 1 типа, Мобитц-1 (с периодикой Самойлова – Венкебаха, second degree AV block, Mobitz type I) – прогрессивное ухудшение проводимости в атриовентрикулярном соединении от сокращения к сокращению, до полного прекращения проводимости, и выпадении сокращения желудочков. Во время длительной паузы проводимость в атриовентрикулярном узле восстанавливается, и он легко проводит импульс к желудочкам, затем цикл повторяется (периодика Самойлова – Венкебаха) (рис. 33).

1. Прогрессивное удлинение интервала PQ от сокращения к сокращению, вплоть до прекращения проведения импульса через АВ-соединение к желудочкам.

2. При прекращении проведения импульса от предсердий к желудочкам регистрируется только предсердный комплекс (зубец P), а желудочковый комплекс (QRST) выпадает и выявляется длительная пауза P-P.

3. После паузы наблюдается наименьший интервал PQ, перед паузой – наибольший интервал PQ.

4. Проведение по предсердиям и желудочкам не нарушено, поэтому зубцы P и комплексы QRST не изменены.

Постепенное удлинение интервала PQ с последующим выпадением комплекса QRS после зубца P и появление паузы P-P. После паузы P-P самый короткий интервал PQ, перед паузой P-P самый длинный интервал PQ.

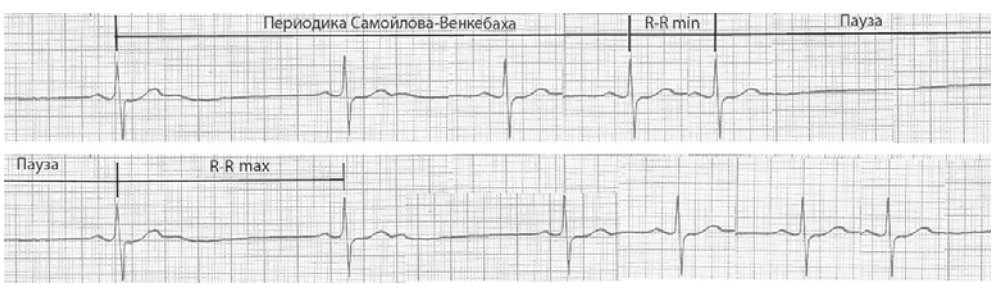


Рис. 32. ЭКГ при синоаурикулярной блокаде II степени I типа. Прогрессирующее укорочение интервалов P-P, за которым следует длительная пауза P-P. Пауза P-P не равна двум нормальным интервалам P-P. Первый после паузы интервал P-P более продолжителен, чем последний интервал P-P перед паузой

38. Слабости синусового узла синдром (СССУ, дисфункция синусового узла, синдром Шорта, синдром брадикардий и тахикардий, больной синусовый узел, sick sinus syndrome, lazy sinus syndrome, sluggish sinus syndrome) – это клинико-электрокардиографический синдром, отражающий структурные повреждения синоатриального (СА) узла, его неспособность нормально выполнять функцию водителя ритма сердца и (или) обеспечивать регулярное проведение автоматических импульсов к предсердиям. К СССУ следует относить строго очерченный круг аритмий и блокад, имеющих непосредственное отношение к СА-узлу. В их число входят:

1. Упорная выраженная синусовая брадикардия.

2. Определяемая при суточном мониторировании ЭКГ минимальная ЧСС в течение суток <40 в минуту, а ее рост во время физической нагрузки не превышает 90 в минуту.

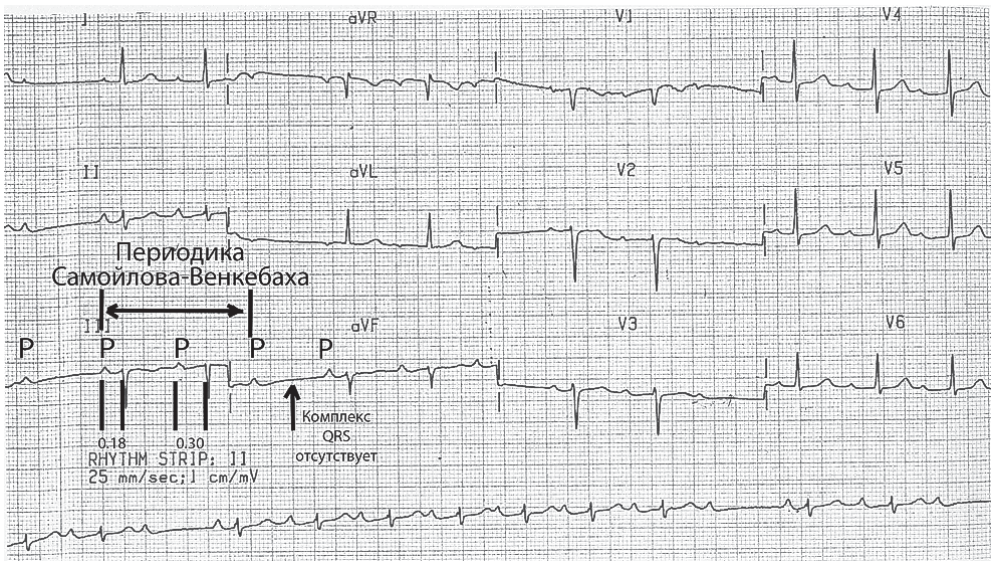


Рис. 33. ЭКГ при атриовентрикулярной блокаде II степени Мобитц-1

8. Синдром тахи-бради, чередование периодов тахикардии и брадикардии.

9. Редко приступы желудочковой тахикардии и/или мерцания желудочков.

10. Медленное и нестойкое восстановление функции синусового узла после экстрасистол, пароксизмов тахикардии и фибрилляции, а также в момент прекращения стимуляции при электрофизиологическом исследовании сердца (посттахикардиальная пауза, не превышающая в норме 1,5 с, при СССУ может достигать 4-5 с).

11. Неадекватное урежение ритма при использовании даже небольших доз бета-блокаторов. Сохранение брадикардии при введении атропина и проведении пробы с физической нагрузкой (рис. 34).

Классификация СССУ

Единой классификации СССУ не существует. В зависимости от характера поражения выделяют истинный (органический), регуляторный (вагусный), лекарственный (токсический) и идиопатический СССУ.

По особенностям клинического проявления выделяют следующие формы синдрома слабости синусового узла и варианты их течения:

1. Латентная форма - отсутствие клинических и ЭКГ-проявлений; дисфункция синусового узла определяется при электрофизиологическом исследования. Ограничений трудоспособности нет; имплантация электрокардиостимулятора не показана.

2. Компенсированная форма: клинические изменения отсутствуют, есть изменения на ЭКГ.

Брадисистолический вариант - слабо выраженные клинические проявления, жалобы на головокружение и слабость. Может быть профессиональное ограничение трудоспособности; имплантация электрокардиостимулятора не показана.

Брадитахисистолический вариант - к симптомам брадисистолического варианта добавляются пароксизмальные тахиаритмии. Имплантация электрокардиостимулятора показана в случаях декомпенсации синдрома слабости синусового узла под влиянием противоаритмической терапии.

3. Декомпенсированная форма: есть клинические и ЭКГ-проявления заболевания.

Брадисистолический вариант - определяется стойко выраженная синусовая брадикардия; проявляется нарушением церебрального кровотока (головокружением, обморочными состояниями, преходящими парезами), сердечной недостаточностью, вызванной брадиаритмией. Значительное ограничение трудоспособности; показаниями к имплантации служат асистолия и время восстановления функции синусового узла (ВВФСУ) более 3 секунд.

Брадитахисистолический вариант (синдром Шорта) - к симптомам брадисистолического варианта декомпенсированной формы добавляются пароксизмальные тахиаритмии (суправентрикулярная тахикардия, мерцание и трепетание предсердий). Пациенты полностью нетрудоспособны; показания к имплантации электрокардиостимулятора те же, что и при брадисистолическом варианте.

4. Постоянная брадисистолическая форма мерцательной аритмии (на фоне ранее диагностированного синдрома слабости синусового узла).

Тахисистолический вариант - ограничение трудоспособности; показаний к имплантации электрокардиостимулятора нет.

3. Брадисистолическая форма мерцательной аритмии.

4. Миграция предсердного водителя ритма.

5. Остановка синусового узла и замена его другими эктопическими ритмами.

6. Синоаурикулярная блокада.

7. Паузы > 2,5 с, возникающие вследствие остановки синусового узла, СА-блокады либо редких замещающих ритмов.

Брадиситолический вариант - ограничение трудоспособности; показаниями к имплантации электрокардиостимулятора служат церебральная симптоматика и сердечная недостаточность. Развитию брадисистолической формы мерцательной аритмии может предшествовать любая из форм дисфункции синусового узла.

(Окончание следует.)

Организаторами мероприятия выступили Министерство здравоохранения Республики Дагестан, Дагестанская государственная медицинская академия, Республиканская клиническая больница, Ассоциация акушерских анестезиологов-реаниматологов, Московское научное общество анестезиологов-реаниматологов, кафедра анестезиологии, реаниматологии и трансфузиологии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки Уральского государственного медицинского университета, кафедра анестезиологии и реаниматологии факультета усовершенствования врачей Московского областного научно-исследовательского клинического института им. М.Ф.Владимирского, Национальная медицинская палата, Торгово-промышленная палата Российской Федерации.

Итоги и прогнозы

Сложная тема – кровотечения

Очередной, 52-й образовательный форум «Теория и практика анестезии и интенсивной терапии в акушерстве и гинекологии» прошёл в Махачкале

От Минздрава республики участников форума приветствовал заместитель министра Салман Ахмедов. Он отметил, что многие гости озвучат большое количество полезной информации для врачей Дагестана и соседних республик.

Первый проректор Дагестанской ГМА Наби Омаров также пожелал успешной работы всем участникам мероприятия.

Президент Ассоциации акушерских анестезиологов-реаниматологов, профессор кафедры анестезиологии и реаниматологии ФУВ МОНИКИ им. М.Ф.Владимирского, эксперт по анестезиологии и реаниматологии Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения Ефим Шифман подчеркнул, что основная задача форума – это, прежде всего, снижение материнской смертности, осложнений беременности и родов. Организация задумывалась как Ассоциация акушерских анестезиологов-реаниматологов, и на сегодняшний день в её рядах – более тысячи человек, большая часть которых – акушеры-гинекологи.

– Результатом нашей работы является сборник «Клинические рекомендации (протоколы лечения) по специальности «анестезиология и реаниматология» в акушерстве», – сказал Е.Шифман. – Дагестан – это первый регион России, куда мы эту книгу привезли. Все они размещены в Федеральной электронной медицинской библиотеке Минздрава России. Сборник этот будет ежегодно обновляться.

Работа форума в самом разгаре

Затем он прочитал лекцию на тему «Интенсивная терапия массивной кровопотери в акушерстве». По его словам, «каждый день от этих причин погибает немало женщин. А не так давно было ещё хуже. Начиная с 2013 г. во всём мире происходит колоссальное снижение материнской смертности – на 45-50%. Это революция. ВОЗ называет три основные причины снижения. Первая – широкое применение магнезиальной терапии для лечения тяжёлой преэклампсии и эклампсии. Вторая причина – медикаментозный аборт, его широкое внедрение привело к снижению числа осложнений. Третья – широкое внедрение нейроаксиальных методов анестезии: спинальная, эпидуральная и комбинированная спинально-эпидуральная анестезия при кесаревом сечении».

Однако, по словам лектора, структура дородовых и послеродовых кровотечений, вызывающих материнскую смертность, за все эти годы не изменилась – 25% кровотечений, которые были, по данным ВОЗ, сохраняются и сегодня. И основная доля – это послеродовые кровотечения. Факторы риска атонии матки известны всем присутствующим. Но возникает другой вопрос – можно ли её предсказать? По большей части – нет. И поэтому вся терапия дородовых и послеродовых кровотечений должна быть направлена на два фактора – упреждение и постоянную готовность к оказанию неотложной помощи».

XXI век называют веком акушерских кровотечений. Последний прогноз ВОЗ говорит о том, что число послеродовых кровотечений будет расти. Это связано с увеличением среднего возраста деторождения, вероятности тяжёлых экстрагенитальных заболеваний, количества многоплодных беременностей, числа страдающих ожирением, количества кесаревых сечений и, как следствие, увеличения числа случаев предлежания и врастания плаценты.

Было отмечено, что главная задача в лечении кровопотери и геморрагического шока – остановка кровотечения. «В любой ситуации время между постановкой диагноза и началом хирургической остановки кровотечения должно быть минимизировано, и этот принцип очень важно тщательно соблюдать как на догоспитальном, так и на госпитальном этапах оказания помощи. Оперативное лечение должно быть начато в любых условиях – геморрагического шока, ДВС-синдрома и т.д., и никакие обстоятельства не должны мешать хирургической остановке кровотечения. К оказанию экстренной хирургической помощи и обеспечению консервативного гемостаза должны быть готовы акушерские стационары любой группы (от первой до третьей)», – отметил лектор.

«Второй главной задачей после остановки кровотечения является восстановление адекватного транспорта кислорода, что включает основной компонент – восстановление объёма циркулирующей крови (ОЦК), а также стабилизацию гемодинамики, поступление кислорода в достаточном количестве и увеличение концентрации переносчика кислорода – гемоглобина. Восстановление ОЦК обеспечивается плазмозаменителями: кристаллоидами (оптимально полиэлектролитными и сбалансированными), синтетическими (гидроксиэтилкрахмал и/или модифицированный желатин) и/или природными (альбумин) коллоидами. При геморрагическом шоке инфузионная терапия в объёме 30-40 мл/кг должна проводиться с максимальной скоростью», – пояснил Е.Шифман.

Затем с лекцией «ДВС-синдром и коагулопатия при кровопотере. Клинические рекомендации. Протокол лечения» выступил вице-президент Ассоциации акушерских анестезиологов-реаниматологов, профессор кафедры анестезиологии, реаниматологии и трансфузиологии ФПКиПП Уральского ГМУ Александр Куликов.

Было отмечено, что при оказании неотложной помощи при критических состояниях в акушерстве, которые сопровождаются нарушениями в системе гемостаза, лаборатория должна выполнять 5 простых, доступных пробирочных тестов и инструментальное исследование – тромбоэластографию. Тромбоэластограф входит в перечень оборудования отделения анестезиологии и реанимации. Этих тестов достаточно для принятия решения при диагностике и лечении коагулопатии и ДВС-синдрома в неотложной ситуации.

Далеко не все формы гипокоагуляции (в отличие от ДВС-синдрома) сопровождаются критическим состоянием и полиорганной недостаточностью, что принципиально важно для определения врачебной тактики. Микротромбоз и полиорганная недостаточность изначально отсутствуют, и для их развития требуются дополнительные факторы: длительный шок, централизация кровообращения, гипоксия, ацидоз, гипотермия, гемолиз и т.д. При своевременном эффективном хирургическом гемостазе простое замещение компонентов свёртывающей системы (тромбоциты, плазменные факторы), как правило, обеспечивает коррекцию коагулопатии без развития полиорганной недостаточности.

Исходя из современного понимания этиологии и патогенеза, ДВС-синдром не может быть «хроническим», и этот термин не должен использоваться (отсутствует в МКБ). На основании только лабораторных критериев активации свёртывающей системы крови диагноз ДВС-синдрома не выставляется, можно только констатировать «гиперкоагуляционное состояние».

Докладчик подчеркнул, что как этиологический фактор для ДВС-синдрома рассматривается только критическое состояние. Если состояние пациентки расценивается как удовлетворительное, должен рассматриваться другой диагноз.

Лекции завершились дискуссиями.

Зарина АГМАДОВА,
внешт. корр. «МГ».

Тенденции

Прибавили по всем пунктам

Минпромторг России подвёл итоги деятельности фарминдустрии в 2015 году

На итоговом заседании коллегии Минпромторга России, которое состоялось в конце мая, были подведены итоги работы в 2015 г. и определены основные направления деятельности министерства на 2016-й и последующие годы.

Министр промышленности и торговли РФ Денис Мантуров в своём докладе отметил следующие факты, свидетельствующие о положительных тенденциях и инвестиционной привлекательности отечественного фарммедпрома.

Объём российского фармацевтического рынка в конечных ценах в 2015 г. достиг 1,12 трлн руб. (+10,34% к 2014 г.). Производство лекарственных средств выросло на 26,3% и в ценах производителя составило 231 млрд руб. В сравнении с 2009 г. (96 млрд руб.) объём производства увеличился более чем в 2 раза.

Доля отечественных лекарственных препаратов в общем объёме закупок по программе «Семь нозологий» с 2011 г. выросла с 4,5 до 35,4% в денежном выражении. Доля отечественных лекарственных препаратов по номенклатуре Перечня ЖНВЛП составляет 72,4% (со стадии производства готовой лекарственной формы), что превышает плановый показатель в 69% (по данным Государственного реестра лекарственных средств).

За последние 5 лет фармацевтическая отрасль привлекла свыше 120 млрд руб. частных инвестиций иностранных и отечественных компаний при объёме средств федерального бюджета в размере 35 млрд руб.

В 2015 г. открыто 6 фармацевтических заводов. Всего с 2013 г. открыто19 фармацевтических производственных площадок, в том числе 7 с участием иностранного капитала.

Производство медицинских изделий в 2015 г. составило 39,1 млрд руб. (+9,08% к 2014 г.). Экспорт медицинских изделий, произведённых на территории Российской Федерации, в 2015 г. составил 3,2 млрд руб. (+13,7% к 2014 г.)

С 2011 г. объём фактически понесённых затрат при реализации проектов в области медицинской промышленности составляет 29,6 млрд руб., из них собственных средств – 14,4 млрд руб., бюджетных средств – 15,2 млрд руб.

В докладе также перечислены меры господдержки и существующие тенденции на данном направлении.

Наряду с перечнем принятых нормативно-правовых документов (постановлений Правительства РФ) приведена конкретная статистика финансирования. Например, Фондом развития промышленности за 2015 г. в области фармацевтической промышленности одобрены для финансирования 5 проектов с общим размером займов 2,1 млрд руб.

Всего в прошлом году профинансированы 26 проектов по организации производства медицинских изделий из средств федерального бюджета на общую сумму 137,4 млн руб. На реализацию проектов по организации производства субстанций из средств федерального бюджета было выделено 199,8 млн руб. на 2015–2017 гг.

По состоянию на 1 января 2016 г. в рамках Госпрограммы разработано и выведено на рынок 29 лекарственных препаратов. Объёмы производства лекарственных препаратов, разработанных в рамках программы, в 2015 г. превысили 5 млрд руб.

Российскими компаниями успешно осваиваются технологии и такие компетенции, как моноклональные антитела, инсулины и их аналоги, цитокины и факторы роста, рекомбинантные факторы свёртывания крови, рекомбинантные ферменты, рекомбинантные вакцины, клеточная терапия.

По состоянию на 1 января 2016 г. в рамках ФЦП зарегистрировано 17 медицинских изделий (в том числе 5 медицинских изделий прошло добровольную регистрацию).

Анна КРАСАВКИНА,
МИА Cito!

Медицинская газета

№ 41 • 8. 6. 2016

Клинический разбор

Под маской шизофрении

Коварные происки аутоиммунных процессов

Необходимо понимать, что, несмотря на своё стремительное развитие, современная медицина может далеко не всё. И это, к сожалению, касается не только лечения той или иной патологии, но и её диагностики. Реальность такова, что за одними и теми же клиническими симптомами могут скрываться совершенно разные по этиологии и патогенезу заболевания. Прискорбно, что, как правило, вследствие такой маскировки болезней мы теряем пациентов, однако, вне всякого сомнения, такие клинические случаи весьма показательны и поучительны. Не выносить их на профессиональное обсуждение – лишать практических докторов возможности учиться на ошибках коллег, дабы впредь стараться не повторять этого.

В качестве образовательной площадки выступила очередная московская городская клинико-анатомическая конференция, собравшая руководителей столичных медучреждений, а также главных специалистов Департамента здравоохранения Москвы и прошедшая, по традиции, под председательством заместителя мэра Москвы по вопросам социального развития, профессора, заслуженного врача РФ Леонида ПЕЧАТНИКОВА.

Таинственные предвестники

В июне прошлого года в Научный центр неврологии обратилась 26-летняя пациентка. Со слов родственников, последние 2 недели у девушки появились странности в поведении: ей казалось, что она беременна, предъявляла жалобы на звучание неизвестных «голосов» внутри головы. Сама пациентка отмечала у себя ухудшение памяти и снижение концентрации внимания. Из анамнеза больной известно, что молодая женщина работала учителем начальных классов. Регулярно проходила периодические осмотры в поликлинике по месту жительства. Кроме того, в 2007 г. была госпитализирована в экстренном порядке в одну из столичных клиник с диагнозом «разрыв кисты правого яичника», в связи с чем была проведена резекция данного органа.

На основании предъявляемых жалоб в ведущем неврологическом медучреждении нашей страны ей (по неизвестным причинам) рекомендовали сделать МРТ головного мозга по месту жительства – благо, большинство современных столичных поликлиник оборудованы всем необходимым. «То, что федеральные учреждения доверяют нам больше, чем себе – большая честь», – саркастически заметил на этот счёт Л.Печатников.

Таким образом, МРТ пациентке сделали в районной поликлинике. Заключение: МР-признаки участка глиоза правой теменной доли. Необходима дифференциальная диагностика между демиелинизирующим, злокачественным и ишемическим процессом. В остальном – без патологии. Рекомендуется динамическое наблюдение для сопоставления с клинической картиной.

Результаты были выданы пациентке на руки с дальнейшим наблюдением в НЦ неврологии, откуда она и была направлена. Районный невролог больную не смотрел. В этот же день вечером пациентка вновь вела себя неадекватно, в связи с чем родственники вызвали «03». Прибывшая бригада «скорой» со стороны главных органов и систем организма не обнаружила патологии. Больная контакта. Адекватна. Состояние ясное. Проведена терапия глицином. Был установлен диагноз «вегетососудистая дистония» с последующим наблюдением у терапевта и невролога по месту жительства.

Тем не менее уже на следующий день к этой же больной вновь была вызвана бригада «03». Со слов родственников, молодая женщина в очередной раз вела себя неадекватно. Была дезориентирована во времени и пространстве. Слышала «голоса» внутри головы. Говорила, что её уволили с места работы. Боялась выходить из дома.

При повторном осмотре врачами «скорой» отмечалось АД 170/85 мм рт. ст. Поведение спокойное, сознание ясное. Больная контактна. Проведена антигипертензивная терапия. Учитывая жалобы родственников, состоялась дистанционная консультация с психиатром, по результатам которой было принято решение о вызове психиатрической бригады.

Прибывшие психиатры провели добровольное освидетельствование. Нарушений сознания, бреда и галлюцинаций выявлено не было. Однако медики констатировали факт недооценки тяжести своего состояния со стороны пациентки. Установлен диагноз «органическое расстройство личности». Рекомендовано дальнейшее наблюдение и обследование в амбулаторном порядке.

Что характерно, на следующий день из поликлинического отделения НЦ неврологии был зафиксирован вызов психиатрической бригады. Поводом послужило неадекватное поведение всё той же пациентки, которая, согласно рекомендации рентгенолога из районной поликлиники, обратилась с заключением МРТ к неврологам ведущей клиники страны. При осмотре девушка была агрессивной и угрожала медперсоналу. Прибывшие психиатры, проведя недобровольное освидетельствование, приняли решение о госпитализации больной с диагнозом «кататоническая шизофрения» в психиатрическую ГКБ № 4 Москвы.

По замкнутому кругу

Забегая вперёд, хочется отметить, что лечение в психиатрическом стационаре проводилось в недобровольном порядке – по решению районного суда. При поступлении пациентка была агрессивной, тревожной, напряжённой, на вопросы не отвечала, разговаривала с несуществующими людьми, периодически кричала. Психиатры выставили диагноз «острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении». Назначена антипсихотическая и седативная терапия. Больная госпитализирована в отделение. Психомоторное возбуждение было купировано. При проведённом лабораторном обследовании в день поступления обращало на себя внимание небольшое повышение креатинина и трансаминаз в биохимическом анализе крови. Больная была осмотрена терапевтом. Патологии выявлено не было.

Улучшение состояния произошло на 9-й день пребывания в клинике. Психомоторное возбуждение было купировано. Больная выходила на свидания к родственникам (посещение пациентов родными в психиатрических стационарах происходит вне отделений). Однако через 3 дня состояние больной вновь ухудшилось. Отказывалась от еды. Не вступала в контакт с медперсоналом. Был проведён консилиум, а также совместный осмотр пациентки с неврологом и терапевтом, во время которого она была контактна, адекватна и ориентирована во времени и пространстве. В этой связи доктора пришли к выводу, что необходимо проводить дифференциальную диагностику между органическим поражением головного мозга и шизофренией. Была проведена корректировка терапии. Рекомендованы транквилизаторы.

На 18-й день пребывания в стационаре у больной стала отмечаться гипертермия до 38,5^{0}С в вечернее время. В биохимическом анализе крови обращало на себя внимание повышение С-реактивного белка и креатинфосфокиназы. В связи с невозможностью проведения инструментальных методов обследования (пациентка была агрессивной и возбуждённой) назначена антибактериальная терапия. Психическое состояние определялось неразвёрнутой кататонической симптоматикой. В общем анализе крови – лейкоцитоз. Собран очередной консилиум, после которого невролог сделал заключение о неуточнённом очаговом поражении головного мозга. Рекомендовано проведение МРТ с контрастным веществом.

На 27-й день пребывания в психиатрической клинике у пациентки появилась явная кататоническая симптоматика с ригидностью мышц, выраженным ступором и заторможенностью. В биохимическом анализе крови – без изменений, за исключением появления небольшого количества миоглобина. В связи с нарастанием отрицательной динамики психиатры не исключили злокачественной фебрильной кататонии и рекомендовали перевод больной в отделение реанимации и интенсивной терапии многопрофильного стационара, имеющего в штате психиатра-консультанта. В этой связи пациентка была переведена в московскую ГКБ им. С.П.Боткина с диагнозом «кататоническая шизофрения, отёк головного мозга на фоне интоксикационного синдрома».

На пути в никуда

В приёмном отделении Боткинской больницы пациентке были проведены рентгенография органов грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости, общеклинические исследования, а также консультации терапевта, невролога и психиатра, после чего она была госпитализирована в психосоматическое отделение. Состояние было расценено как тяжёлое. В неврологическом статусе обращали на себя внимание патологические синдромы. Менингеальных знаков выявлено не было. На вопросы не отвечала. Заторможена. Тахилалия.

Повторно осмотрена неврологом. Отмечена «мерцающая» симптоматика: неотчётливые преходящие парезы. Лихорадка носила волнообразный характер. В общем анализе крови – лейкоцитоз и тромбоцитоз. В биохимии – повышение С-реактивного белка. В анализе ликвора – общий цитоз. Вирусы и бактерии в спинномозговой жидкости не обнаружены. Таким образом, инфекционно-воспалительное поражение ЦНС было исключено. Проведено МРТ головного мозга с контрастированием. Заключение: зону острого отёка в семиовальных центрах следует дифференцировать между ОНМК по ишемическому типу, аутоиммунными и демиелинизирующими заболеваниями.

Был собран консилиум с участием гематолога, невролога и инфекциониста. Специалисты пришли к выводу, что дифференциальный диагноз относительно МРТ-картины нужно проводить между демиелинизацией, ишемией и опухолью. Биопсию поражённого участка головного мозга не проводили в связи с трудностью манипуляции. Было проведено иммунофенотипирование лимфоцитов ликвора – злокачественное поражение крови было исключено. Проводилась инфузионная, сосудистая, антибактериальная и седативная терапия. Состояние пациентки не улучшалось. Принято решение о терапии глюкокортикостероидами, однако эффекта не последовало.

Очередной консилиум пришёл к выводу, что у пациентки всё-таки имеется шизофрения, а поражённой участок в головном мозгу представляет собой случайную находку в виде перенесённого некоторое время назад ишемического инсульта. Тем не менее состояние пациентки стремительно ухудшалось. Нарастали явления отёка головного мозга и лёгких. На 7-й день пребывания в стационаре, несмотря на реанимационные мероприятия, больная скончалась. Посмертный клинический диагноз: «Фибрильная шизофрения. Гипертермический синдром. Гектическая лихорадка. Отёк головного мозга».

Как известно, всё и вся в медицине знает лишь морфолог. Патологоанатомический диагноз кардинальным образом отличался от посмертного заключения клиницистов: «Аутоиммунный энцефалит с преимущественным поражением подкорковых структур головного мозга, гиппокампа, таламуса и гипоталамуса. Множественные третичные фолликулы яичников с их трансформацией в фолликулярные кисты. Гипоплазия надпочечников. Отёк и набухание вещества головного мозга с дислокацией его ствола в большое затылочное отверстие. Отёк лёгких».

Заключение экспертов

Олег ОРЕХОВ, главный патологоанатом Департамента здравоохранения Москвы:

Энцефалит был полностью доказан. Более того, предположить о нём клиницисты могли, так как в анамнезе было известно, что у пациентки за 8 лет до смерти был удалён яичник. К сожалению, после таких вмешательств запускаются аутоиммунные процессы, приводящие к серьёзным патологиям.

Николай ШАМАЛОВ, главный невролог Демартамента здравоохранения Москвы:

С моей точки зрения, ишемическое поражение мозга можно было сразу отвергнуть: нетипичное место локализации очага. Кроме того, очаг копил контраст – процесс был «свежим». Невролог в психиатрическом стационаре должен был активнее настаивать на органическом поражении. Шизофреническая симптоматика в данной ситуации носила вторичный характер.

Георгий КОСТЮК, главный психиатр Департамента здравоохранения Москвы:

К сожалению, в целом по стране, и по Москве в частности, мы наблюдаем колоссальную гипердиагностику фебрильной шизофрении. Обсуждаемый случай – тому подтверждение.

Резюме председателя

– Коллеги, мы с вами должны уяснить, что многие соматические заболевания сопровождаются психическими расстройствами. Я абсолютно убеждён, что никакой фебрильной шизофрении в природе не существует. Данный диагноз уже давно не применяется в США и странах Европейского союза. Хочется верить, что и наша страна последует этой тенденции. В этой связи я предлагаю целиком и полностью исключить данный диагноз в столичном регионе. Это – своеобразная «лазейка» для докторов. Выставляя такой диагноз, они, пусть не преднамеренно, заживо хоронят огромное количество больных. Таких пациентов нужно отправлять к интернистам. Однако я не в претензии ни к одному из лечащих врачей. У меня не повернётся язык обвинить коллег в ошибках при таком сложном клиническом случае. Тем не менее повторюсь: диагноз «фебрильная шизофрения» не даёт возможности докторам более тщательно подходить к пациентам с подобной клинической картиной.

Главный же итог таков: психиатрическую симптоматику у обсуждаемой пациентки давало органическое поражение головного мозга. Всё остальное было вторичным. Очевидно, что в большинстве случаев морфологической основой фебрильных состояний с психическими расстройствами являются аутоиммунные поражения», – резюмировал Л.Печатников.

Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ,
обозреватель «МГ».

Деловые встречи

Психическое здоровье требует внимания

И профилактика суицидоопасного поведения здесь превыше всего

В столице Республики Башкортостан Уфе состоялся VI Национальный конгресс по социальной психиатрии и наркологии. В работе конгресса приняли участие представители 71 региона Российской Федерации, а также ведущие зарубежные специалисты по социальной психиатрии, психотерапии и наркологии. Модератором данного мероприятия выступил министр здравоохранения Башкортостана Анвар Бакиров.

В президиуме конгресса

От имени главы Башкортостана Рустэма Хамитова участников и гостей форума приветствовал заместитель премьер-министра правительства республики Салават Сагитов. «Охрана здоровья граждан в нашем регионе является одним из государственных приоритетов, – отметил он. – Благодаря эффективно организованной работе в республике ежегодно на протяжении последних лет сохраняется естественный прирост населения».

Так, в I квартале нынешнего года зарегистрировано снижение смертности на 8%. В структуре смертности наряду с сердечно-сосудистыми заболеваниями и злокачественными новообразованиями большая доля приходится на внешние причины, в том числе суициды. В связи с этим, по словам вице-премьера, проведение конгресса в Башкортостане приобретает особую значимость для улучшения ситуации в данном направлении.

Главный психиатр Минздрава России, директор Федерального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.П.Сербского Зураб Кекелидзе зачитал приветственное письмо министра здравоохранения РФ Вероники Скворцовой, в котором была отмечена актуальность проведения масштабного мероприятия и его важность в повышении уровня общественного психического здоровья.

Также на открытии конгресса выступили заместитель начальника Управления Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения Александр Карпов, руководитель программы по охране психического здоровья Европейского регионального бюро ВОЗ Мэтью Мьюджин, ректор Башкирского государственного медицинского университета Валентин Павлов, советник директора Федеральной службы России по контролю за оборотом наркотиков Михаил Габриелянц, а также главный психиатр Департамента здравоохранения Москвы Георгий Костюк.

Все они акцентировали внимание аудитории на весьма эффективной деятельности психиатрической службы Башкирии, а также подчеркнули насыщенность программы конгресса, включающей все аспекты оказания специализированной медицинской помощи пациентам.

Как было отмечено, выбор Уфы обусловлен успехами региона в организации и повышении эффективности психиатрической и психотерапевтической помощи населению. В позапрошлом году Республиканская клиническая психиатрическая больница № 1 признана лучшим психиатрическим учреждением нашей страны. Кроме того, она является победителем Всероссийского конкурса среди профессиональных и общественных организаций «За подвижничество в области душевного здоровья» имени академика РАМН Татьяны Дмитриевой.

Психиатрическая помощь в клинике оказывается по 37 врачебным специальностям. В составе больницы 69 структурных подразделений, из них 40 лечебно-диагностических отделений. В частности, в детском отделении больницы оказывается круглосуточная стационарная психиатрическая помощь детям и подросткам, за минувший год здесь пролечено 552 ребёнка. Летальность в психиатрических учреждениях составила 0,23%, что является самым низким показателем по Приволжскому федеральному округу.

Наряду с этим в республике также успешно функционирует уникальный в своём роде Республиканский клинический психотерапевтический центр, не имеющий аналогов в России. Открытие данной клиники и выделение психотерапевтической службы в самостоятельную отрасль системы здравоохранения в регионе, в качестве пилотного для России проекта, позволило улучшить доступность специализированной помощи пациентам с пограничными нервно-психическими расстройствами. Всё это в значительной степени повысило раннюю выявляемость депрессивных расстройств среди населения.

Встреча вызвала неподдельный интерес аудитории

В конечном счёте, впервые за последние годы в регионе снизилась смертность от суицидов.

В настоящее время в республике продолжается работа по созданию системы межмуниципальных центров для оказания помощи лицам с пограничными нервно-психическими расстройствами, кризисными состояниями и суицидальными тенденциями. Для увеличения охвата населения мероприятиями по профилактике суицидоопасного поведения расширилась сеть круглосуточных психотерапевтических коек, открыты дневные стационары. Начали свою работу амбулаторные психотерапевтические кабинеты.

Немаловажное значение уделяется также подготовке достаточного количества медицинских кадров, способных решать задачи, поставленные перед здравоохранением.

В завершение торжественной части мероприятия было отмечено, что конгресс внесёт свой весомый вклад в решение актуальных проблем психотерапии и наркологии, повысит уровень профессионализма специалистов в данных областях и придаст новый стимул дальнейшему их развитию.

Наряду с этим в рамках программы на пленарном заседании были обсуждены аспекты социальной психиатрии, развитие службы охраны психического здоровья в Европейском регионе ВОЗ, повышение доступности и качества медицинской помощи пациентам с психическими расстройствами, проблемы современной клинической психологии и др.

В течение 3 дней работы конгресса его участники рассмотрели широкий круг вопросов: перспективы развития социальной психиатрии и наркологии, социальные и правовые аспекты организации специализированной психиатрической и наркологической помощи на современном этапе, психогигиена и психопрофилактика, межведомственное взаимодействие при оказании психолого-психиатрической помощи при чрезвычайных ситуациях, суицид как биопсихосоциальная проблема, подготовка кадров и многие другие.

Кроме того, участники посетили и ознакомились с работой Республиканской клинической психиатрической больницы № 1 и Республиканского клинического психотерапевтического центра. Стоит подчеркнуть, что представленная в фойе конгресс-холла выставка работ пациентов психиатрической больницы вызвала особый интерес у делегатов.

Ян РИЦКИЙ.
МИА Cito!

Уфа.

Современные технологии

Необычные таблетки

Их пробуют выпускать в формате 3D

Управление по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств США (FDA) дало разрешение на продажу первого лекарства, изготавливаемого на 3D-принтере, – противоэпилептического средства в форме таблеток. Первые партии препарата уже поступили в американские аптеки.

Выход на массовый рынок напечатанных на 3D-принтере медикаментов специалисты называют историческим событием. Хотя, по признанию авторов идеи, изготовление таблеток методом 3D-печати не даёт преимуществ с точки зрения эффективности производства, но предоставляет больше возможностей контролировать структуру и состав лекарства по сравнению с традиционной формовочной технологией. В частности, таблетка, изготовленная путём 3D-печати, лучше растворяется и её проще проглотить.

Для людей с эпилепсией проблемой является сам процесс приёма препарата. Таблетки с плёночным покрытием следует принимать внутрь, запивая достаточным количеством жидкости. Между тем у таких пациентов, особенно пожилых, глотательные функции нарушены. В результате до 50% больных не могут его принимать. Напечатанные на 3D-принтере таблетки имеют пористую структуру и растворяются во рту уже с небольшим глотком воды.

Однако учёные не собираются останавливаться на достигнутом. Вскоре технология будет опробована и на других лекарствах. На очереди препараты для лечения депрессии, шизофрении, болезни Паркинсона и других болезней ЦНС. Эксперты считают, что, возможно, когда-нибудь на 3D-принтерах начнут изготавливать индивидуальные лекарства прямо в аптеках, согласно предписанию врача.

Инна ПЕТРОВА.
По информации nat-geo.ru и osp.ru

Эксперименты

Нанотрубки и рак

Достижения геномики и биоинженерии медленно, но верно способствуют расширению классической триады, в течение более века применяющейся в онкотерапии. Сначала довольно широко стали применяться моноклональные антитела (МАТ), которые однако даже в «сконструированном» виде опасны своими побочными эффектами. Нашли широкое применение – по крайней мере в экспериментальных работах – и наночастицы, в том числе и «функционализированные», но и они пока не вошли в клиническую практику.

Известно, что химиотерапевтические средства, например тот же цисплатин, названный по входящей в его состав платине, попросту не «доходят» до опухоли. В Мичиганском университете выяснили, что барьером на пути цисплатина становятся фибробласты, то есть клетки стромы-подложки, вырабатывающие нити-фибры коллагена, обеспечивающие опухолевую хеморезистентность. В качестве средства борьбы были применены «направленные» против фибробластов Т-лимфоциты, благодаря чему препарат стал убивать значительно большую часть раковых клеток яичника.

При различных формах лейкемий на поверхности раковых клеток появляется избыточное количество молекул протеина PD, в норме стимулирующего запрограммированную клеточную смерть (Programmed Death). Блокирование естественного процесса отмирания клеток приводит к тому, что противоопухолевые Т-клетки как бы слепнут, в результате чего опухоль «уходит от налогов». Данный механизм, в основе которого лежит усиление работы – амплификация – гена PD (N), проверен на 33 типах опухолей. Подавлять её сотрудники Университета Радбуд в голландском Ниймегене предложили с помощью проходящих клинические испытания наночастиц, имитирующих вирусную инфекцию. В отличие от РНКовых вирусов наночастицы «нагрузили» раковой РНК, или антигеном, повышающим активность дендритных клеток (тканевых макрофагов), что привело к увеличению противоопухолевых Т-лимфоцитов у трёх пациентов с раком кожи. Авторы называют свои наночастицы РНК-вакциной.

При хронической лимфоцитарной лейкемии процесс озлокачествления, как выяснили в Гарварде, и нью-йоркском Геномном центре, вызывается нехваткой в коротком плече 8-й хромосомы (8p), что приводит к «бездействию» препарата ибрутиниб. Восьмая хромосома известна тем, что её кусок может «перескакивать» на 21-ю. В университетах Мюнхена и Гейдельберга показали, что это одна из причин возникновения острой миелоидной лейкемии, развивающейся на фоне нарушенных развития стволовых клеток крови и регуляции сахарного обмена. Обе работы по лейкемиям опубликовало приложение Nature.

В одном из госпиталей Кливленда проводятся клинические испытания разработанного в Калифорнийском университете Лос-Анджелеса препарата тоса, представляющего собой ретровирусный – РНК-содержащий – вектор-переносчик, доставляющий в раковые клетки фермент цитозин-дезаминазу дрожжей. Фермент необходим для перевода в активное состояние про-лекарства тоса FC (фторцитозина). Образующийся после энзимного действия фторурацил блокирует синтез информационной РНК в клетках, что и было использовано при лечении 45 человек с «продвинутой» опухолью мозга (глиомой), проживших в среднем 13,6 месяца (против 7,1 при других методах лечения).

В упомянутом выше приложении Nature учёные испанского Центра раковых исследований в Мадриде предложили совсем уж экзотический подход к ограничению опухолевого роста. Ещё в 2009 г. они описали культуру стволовых клеток с экспериментально удлинёнными теломерами (концевыми участками хромосомной ДНК, длина которых сокращается при каждом делении). Через пару лет было установлено, что эмбриональные стволовые клетки могут делать это в культуре самопроизвольно, и вот теперь исследователи получили ген-модифицированную мышь-химеру, клетки кишечника которой имеют нормальные и удлинённые теломеры. При этом оказалось, что «длиннотеломерные» мыши защищены от болезней, связанных с возрастом, и резистентны к различным формам рака. Кстати, активность иммунных Т-клеток против того же вируса гепатита С, как выяснили сотрудники Техасского университета в Остине, снижается, что также связано с укорочением их теломер.

Интересно, что скорость укорочения теломер у ГМ-химер не изменилась, просто у них произошло существенное повышение молекулярной защиты. Станет ли со временем подобный подход существенным дополнением в арсенале противораковых терапий, пока трудно сказать, но ещё 20 лет назад все лишь мечтали, чтобы антитела наконец-то покончили с раком.

Известный оперный певец, 20 лет живущий с семьёй в Лондоне, где и проходил лечение по поводу обнаруженной у него опухоли мозга, признался, что это были «самые ужасные три первых месяца моего лечения… и в самые худшие моменты я… чувствовал, что… обязан выкарабкаться».

Юный американец Джек Андрака, о котором есть информация в Википедии, поразил учёный мир тем, что создал быстрый и дешёвый тест, позволяющий определять рак поджелудочной железы на ранних стадиях. Успех был достигнут благодаря использованию углеродных нанотрубок, «улавливающих» появление в крови излишних количеств белка мезотелина. Последний характерен – является маркёром – слизистых клеток мезотелия, выстилающего внутренние полости тела (лёгочную, брюшную и т.д.) При появлении раковых клеток в поджелудочной железе уровень мезотелина поднимается, что и фиксируется нанотрубками. Сам изобретатель сообщил, что его уровень составляет 10 наногаммов/мл крови (10 мкг/л), что до него просто не определялось лабораторными методами.

Игорь ЛАЛАЯНЦ,
кандидат биологических наук.

По материалам Science Translational Medicine.

Исследование

Инфаркт – залог комплаентности

Группа учёных из Медицинского центра при Колумбийском университете (США) выяснила, что люди, перенёсшие инфаркт миокарда или ишемический инсульт, более строго соблюдают врачебные рекомендации и принимают прописанные им лекарственные препараты группы статинов, чем те, кому эти медикаменты назначают в профилактических целях.

Как известно, статины прописывают с целью предотвращения тромбообразования и инфарктов, однако многие люди не считают нужным принимать эти лекарства регулярно, недооценивая риск развития таких проблем с работой сердечно-сосудистой системы.

Ян Крониш и его коллеги провели исследование, в котором приняли участие более 175 тыс. человек старше 65 лет. Всем им были прописаны статины. Исследователи разделили пациентов на три группы: одни из них в период с 2007 по 2011 г. были госпитализированы с инфарктом, других в этот же период лечили от пневмонии, а в третью группу вошли те, кто не был госпитализирован вовсе.

Оказалось, что около трети из тех, кого госпитализировали с инфарктом, забывали принимать статины. После выписки из больницы они начинали более внимательно относиться к прописанному им лечению: среди тех, кто перенёс сердечный приступ, было на 70% больше пациентов, регулярно принимавших выписанные им лекарства, чем среди тех, кого лечили от пневмонии.

А вот те, кого, несмотря на регулярный приём лекарств, всё же пришлось госпитализировать (в эту группу вошли пациенты и с инфарктом, и с пневмонией), после выписки стали чаще пропускать приём таблеток.

Подводя итог, авторы поясняют, что для пациентов, пропускавших приём лекарств, госпитализация в кардиологическое отделение из-за инфаркта могла мотивировать их более внимательно относиться к приёму статинов. А вот те, кому пришлось лечь в больницу, несмотря на то, что они соблюдали все рекомендации врача, наоборот, могли разочароваться в назначенном лечении, посчитав его неэффективным.

Яков ЯНОВСКИЙ.

По сообщению Reuters.

Дословно

Рассеянный склероз: новое в борьбе с недугом

Диета, имитирующая голодание, может улучшить течение симптомов рассеянного склероза. Это доказали наблюдения. Учёные проверили подход на мышах и людях с болезнью. Подобная диета запускает в клетках особый процесс, который важен для восстановления.

Итак, секрет в том, что выделяется кортизон, убивающий аутоиммунные клетки. Это приводит к выработке новых здоровых клеток. Диета уменьшала проявления болезни у всех мышей и у 20% дала полное выздоровление. При этом были улучшения и других показателей, к примеру, повышение кортикостерона и снижение концентрации провоспалительных цитокинов. Параллельно лучше работали иммунные Т-клетки и регенерировалась оболочка нервных волокон – миелин.

К эксперименту также привлекли 60 человек с рассеянным склерозом. Из них люди, сидевшие на диете, имитирующей по эффекту голодание (первый цикл), а потом на Средиземноморской диете (второй цикл), а также придерживавшиеся рациона, богатого жирами, лучше себя чувствовали.

Недавно исследователями был найден ген, нарушающий работу определённых иммунных клеток при рассеянном склерозе. Согласно данным предыдущих исследований, существуют генетические варианты, приводящие к изменениям в информационной РНК и белках. Новое исследование показало: ген ANKRD55 отвечает за производство трёх разных транскриптов информационной РНК. И генетический вариант, связанный с рассеянным склерозом, стимулировал выработку этих транскриптов.

По словам учёных, данный процесс имел место в определённой категории иммунных клеток – Т-клетках CD4+. Так, судя по всему, ген ANKRD55 оказывает на эти клетки существенное влияние. Специалисты планируют продолжить свои исследования.

Кирилл ОРЛОВ.

По материалам The Times of India.

Решения

Губернатор Южной Каролины (США) подписал законопроект о запрете абортов после 20-й недели. Исключением станет угроза жизни женщины. При этом аналогичные исключения не сделаны для жертв изнасилования или случаев инцеста.

Только в виде исключения

Врачам, нарушившим этот закон, грозит до 10 тыс. долл. штрафа и 3 года тюрьмы. Южная Каролина стала 17-м штатом, запретившим аборт с 20-й недели.

По оценке ВОЗ, ежегодно одна из четырёх беременностей заканчивается абортом. В странах, где аборты запрещены или проводятся только для предотвращения смерти женщины, их количество достигает 37 на тысячу женщин; там, где таких ограничений нет, проводится 34 аборта на тысячу женщин.

Алина КРАУЗЕ.

По сообщению CNN.

Ну и ну!

Ловушка для автолюбителя

Если вы думаете, что автомобиль спасает от УФ-облучения, вы заблуждаетесь. Итак, УФ-облучение спектра UVA повышает риск рака кожи и катаракты. Хотя UVA-лучи не столь суровы, как UVB, со временем они способны повредить ДНК в клетках кожи. И UVA-спектр проходит через стекло и облака.

Притом, согласно статистике, чаще всего катаракту и рак кожи диагностируют у водителей с левой стороны (они сидят к окну именно этой стороной). В связи с этим учёные решили проверить, насколько виноваты стекла. Они оценили степень блокирования UVA-лучей, которую давали лобовое и боковые стёкла у 29 машин 15 производителей 1990-2014 гг. выпуска.

Оказалось, в среднем лобовое стекло блокировало 96% лучей. А вот боковое стекло со стороны водителя - всего 71%. Специалисты призывают автопроизводителей увеличить УФ-защиту стекла в боковых окнах.

Игорь КОРОТКОВ.

По материалам Medical News Today.

Идеи

По словам учёных из Университета Эмори (США), Т-клетки находятся в непрерывном поиске клеток, представляющих опасность для организма. И у них есть специальные молекулы, рецепторы Т-клеток, которые способны распознавать специфические антигенные пептиды на поверхности патогенов или раковых клеток.

Иммунное «рукопожатие»

Когда Т-клетка обнаруживает антигенпредставляющую клетку, её рецептор подключается к лиганду (связывающей молекуле) этой клетки. Если Т-клетка понимает, что перед ней чужеродный лиганд, то она активируется и повышает уровень кальция. Так, запускается сигнальная цепь, и другие клетки приходят ей на помощь. Вместе они создают иммунный ответ.

Специалисты предположили, что механическое напряжение тоже играет определённую роль в создании иммунного ответа. Чтобы проверить свою гипотезу, они разработали на основе ДНК датчики давления из наночастиц золота. Датчики меняли цвет при изменении силы на один пиконьютон. Это эквивалентно примерно одной триллионной от веса яблока.

Исследователи провели эксперименты с Т-клетками мышей. Они проверили лиганды, содержавшие 8 пептидов с незначительными мутациями. Т-клетки «приветствовали» некоторые лиганды более сильным «рукопожатием». Так, с помощью этого «рукопожатия» иммунные клетки определяли, какие лиганды опасны. Учёные надеются, что их открытие поможет в разработке новых методов лечения аутоиммунных заболеваний и рака.

Кирилл ОРЛОВ.

По материалам Zee News.

Бывает и такое

Эмбрион в эмбрионе

Подросток из Малайзии по имени Мод Зул Шахрил Саидин был прооперирован после того, как в течение 4 месяцев жаловался на боли в животе. В результате хирургического вмешательства врачи достали из желудка мальчика его нерождённого близнеца-паразита.

Мод Зул Шахрил Саидин, пятый из восьми детей в семье, носил своего брата в желудке с рождения. Когда хирурги вытащили зародыш, они увидели, что у него имеются руки, ноги, и даже гениталии и волосы. Операция прошла в госпитале имени султана Абдула Хамида, который находится в штате Кедах на северо-востоке Малайзии.

Эмбрион в эмбрионе – редкая аномалия, 1 случай из полумиллиона, и возникает на самых ранних этапах внутриутробного развития. Когда два зародыша имеют общую плаценту, в случае возникновения этой аномалии один из них попадает внутрь другого и становится паразитом, неспособным выжить без своего сиблинга-хозяина. Всего известно около 200 случаев эмбриона в эмбрионе, и все они были диагностированы в раннем детстве. В Малайзии таких операций ранее не делали.

Семья Мода Зула Шахрила Саидина забрала его нерождённого брата и похоронила на кладбище, проведя все необходимые обряды. Сам подросток чувствует себя хорошо.

Борис БЕРКУТ.

По информации foxnews.com.

Решения

И взгляд как у... свиньи

Житель Китая Ву Пиннгуи стал одним из 200 пациентов, которым была пересажена свиная роговица. Подобная трансплантация была разрешена в стране в прошлом году – правительство полагает, что это поможет решить проблему дефицита донорских органов.

До недавнего времени роговицу для трансплантации брали у китайских заключённых, однако не так давно это было запрещено, после чего правительство стало предлагать людям посмертно жертвовать свою роговую оболочку глаза для пересадки. Желающих, впрочем, немного, и люди, нуждающиеся в пересадке, вынуждены ждать в течение долгого времени.

В поисках животного, которое могло бы быть донором роговицы, учёные провели исследования, в которых принимали участие собаки, коровы, свиньи и козы. Свиная роговица оказалась наиболее подходящей – её свойства были сходны с особенностями человеческой роговицы.

Перед трансплантацией роговая оболочка проходит процесс децеллюляризации, из неё удаляют свиную ДНК, белки и липиды. Пересаженный орган не отторгается, а вероятность заражения человека какими-либо болезнями, поражающими свиней, сведена к минимуму.

Ву Пиннгуи начал терять зрение после того, как в его глаз попало насекомое, что стало причиной развития инфекции. Врачи предложили ему пересадить свиную роговицу, и, несмотря на то, что такое решение показалось пациенту необычным, он согласился на трансплантацию. Зрение начало возвращаться уже спустя сутки после пересадки.

Не так давно стало известно, что людям, страдающим диабетом, успешно пересадили свиные поджелудочные железы. Это тоже было сделано в Китае. О пациентах и ходе операции известно немного, однако учёные сообщили, что трансплантация помогла существенно улучшить состояние больных.

Олег ЯНИН.

По сообщению BBC.

Ракурс

Учёные в США выяснили, что возраст и стиль жизни мужчины могут иметь влияние на его ребёнка даже до рождения.

Отцы и дети

Всё зависит от отца?

О том, что образ жизни матери, особенно то, как она себя ведёт и что употребляет в период беременности, сказывается на здоровье ребёнка, известно давно. Роль отца считалась намного менее значительной, но последние научные работы показывают, что это не так. На здоровье потомства влияют отцовские вредные привычки, возраст и даже диета, и если мужчина ведёт нездоровый образ жизни, у продолжателей его рода могут быть пороки развития, аутизм, ожирение, психические расстройства и другие проблемы.

Джоанна Китлинска из Университета Джорджтауна свела воедино дюжину исследований взаимосвязей между образом жизни отцов и здоровьем их детей.

К примеру, имелась информация о том, что чем старше отец, тем больше вероятность развития аутизма и шизофрении у его детей. У мужчин в возрасте старше 40 лет риск зачатия ребёнка с особенностями был значительно выше, чем у тех, кому ещё не исполнилось 30.

Ещё одна научная работа подтверждала важность возраста отца, указывая, что если ребёнок появился у мужчины, которому больше 35 лет, то у этого ребёнка выше вероятность развития проблем с сердцем или синдрома Дауна, а если отцу больше 50 лет, риск значительно возрастал.

Вот результаты ещё нескольких работ, проанализированных командой Китлински: у 3 из 4 детей с фетальным алкогольным синдромом отцы были алкоголиками. При этом мать не употребляла алкоголь до или во время беременности, следовательно, плод наследовал болезнь от отца.

Если мужчина страдал ожирением, то это могло привести к ожирению, диабету и даже определённым формам рака у его детей.

Исследования на животных показали, что если самец длительное время испытывал стресс, у его потомков с большой вероятностью развивались поведенческие проблемы. Работа с людьми в этом направлении пока не велась.

Исследователи сделали вывод о том, что необходимо уделить особое внимание проблеме здорового образа жизни отцов, но для выработки конкретных рекомендаций информации недостаточно, необходимо и дальше вести исследования в этой сфере.

Нет, не только

Как известно, Всемирная организация здравоохранения обеспокоена стремительным увеличением количества детей, страдающих лишним весом. С 1990 г. число тучных детей на планете выросло на 10 млн.

Лишний вес у детей представляет собой серьёзную проблему, которая увеличивает риск развития сердечно-сосудистых катастроф, сахарного диабета 2-го типа, а также повышает вероятность развития психологических сложностей в общении со сверстниками.

Среди возможных причин, вызвавших эпидемию детского ожирения, эксперты называют несбалансированное питание, низкий уровень физической активности и ряд других факторов. Так, например, набор веса может быть связан с поздним ужином, считают некоторые учёные. Позднее употребление пищи влияет на циркадные ритмы, метаболизм, что в конечном счёте ведёт к появлению лишних килограммов.

Исследователи из Королевского лондонского колледжа (Великобритания) изучили данные о 1620 детях в возрасте от 4 до 18 лет, которые были собраны в период с 2008 по 2012 гг. Учёные анализировали предоставленную родителями информацию о рационе и пищевых привычках детей, а также времени приёма пищи. Кроме этого были представлены данные о весе и росте детей, что помогло рассчитать их индекс массы тела. Такие параметры, как уровень физической активности, продолжительность сна и уровень физической активности, в исследовании не учитывались.

Руководитель исследовательской группы Герда Пот отмечает, что полученные результаты были для исследователей неожиданными. Оказалось, что риск развития ожирения не зависел от того, ужинали ли дети до 8 часов вечера или в период с 20 до 22 часов.

Исследователи планируют изучить влияние других факторов на вес детей, например, состав и качество завтрака, длительность ночного сна и уровень физической активности.

Алина КРАУЗЕ.

По информации webmd.com, eurekalert.org

Угроза

Всемирная организация здравоохранения призвала соблюдать меры предосторожности в связи с распространением вируса Зика в Бразилии, где в августе состоятся Олимпийские игры.

На далёкой Амазонке...

В самой большой стране (как по площади, так и по количеству населения) Латинской Америки выявлено более 90 тыс. пациентов с подозрением на наличие в организме данного вируса. Генеральный директор ВОЗ Маргарет Чен подчеркнула, что беременным женщинам не следует посещать страны, где отмечена локальная передача вируса. «Чем больше мы узнаем о вирусе Зика, тем большее беспокойство мы испытываем», – заявила она.

Вместе с тем ВОЗ и Международный олимпийский комитет советуют Бразилии принять все меры для сокращения плотности популяции комаров-переносчиков и обеспечить людей средствами защиты от укусов насекомых.

Глава ВОЗ напомнила, что о локальной передаче вируса сообщили 59 государств.

Что касается мужчин, которые отправятся на Олимпийские игры в Бразилию или в другие страны, где присутствует вирус, М.Чен посоветовала по возвращении домой в случае инфицирования соблюдать меры предосторожности при половых контактах.

Считается, что вирус Зика вызывает различные отклонения в развитии плода, в частности микроцефалию. В Бразилии в настоящее время выявлено несколько сотен случаев микроцефалии, связанной с инфицированием в период беременности.

Как известно, XXXI Олимпиада пройдёт с 5 по 21 августа нынешнего года. Это будут первые Олимпийские игры на территории Южной Америки.

Примечательно, что по данным Бразильской ассоциации фармпроизводителей и исследователей, рассмотрение запроса на выдачу патента занимает в этом государстве около 14 лет, в то время как в развитых странах эта процедура длится около четырёх лет.

«Несмотря на то, что с момента создания Закона о промышленной собственности прошло уже 2 десятилетия, мы далеки от того, чтобы быть страной, способной конкурировать в области инноваций», – отмечают эксперты. По их мнению, медленное рассмотрение заявок на патенты связано с тяжёлым положением Национального института промышленной собственности (INPI), который испытывает острую нехватку персонала.

Количество работников в 3 раза меньше, чем нужно, так что каждый из них ведёт примерно 900 дел одновременно, что в десять раз больше, чем в среднем в Европе. В прошлом году 350 новых служащих прошли государственный конкурс, но ни с кем из них так и не был подписан контракт, так как у INPI нет финансовых ресурсов для расширения штата.

Чтобы упростить процесс получения патентов, бразильские компании переносят свои центры разработки за границу. Например, руководство одной из крупнейших бразильских фармацевтических компаний приняло решение разрабатывать лекарства в Канаде. По словам исполнительного директора компании, такая необходимость возникла уже давно и связана с политикой бразильского правительства в области инноваций.

Валентин СТАРОСТИН.

По информации Interfarma

События

Как лечили и чем лечились?

Ночь в музее Первого Меда никого не оставила равнодушным

Музей истории медицины Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, отметивший накануне своё 25-летие, принял участие в международной акции «Ночь музеев».

Как лечили в XIX веке? Кто и когда в России применил наркоз? Кто лечил Александра III и Льва Толстого? Как хирурги спасали людей во время Великой Отечественной войны, делая операции без медицинских инструментов? Увидеть медицинские инструмен-

ты XVIII–XIX веков, макро- и микропрепараты, муляжи, истории болезней XIX века, мемориальные кабинеты, палатку медсанбата. Услышать факультетское обещание студентов XIX в., чтение письма Ивана Михайловича Сеченова, увидеть другие исторические сцены в исполнении участников перформанса – всё это смогли оценить посетители Музея истории медицины Первого МГМУ им. И.М.Сеченова, второй раз подряд принимающего участие в акции «Ночь музеев».

Современная организация интерактивной музейной среды, интереснейшая экспозиция, редчайшие документы, уникальные предметы – музей истории медицины является одним из крупнейших в России. Он создан в 1990 г. и хранит в своей коллекции около 80 тыс. экспонатов. В этом году музей посетили более 700 человек, что в несколько раз больше, чем в прошлом.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.
МИА Cito!
Москва.

Медицина и религия

Жизнь надо защищать

Святейший Патриарх Кирилл решительно выступает за выведение абортов из ОМС и ограничение продажи абортивных препаратов

Патриарх Московский и всея Руси Кирилл призывает вывести аборты из системы обязательного медицинского страхования и законодательно защитить право на жизнь с момента зачатия. Его Святейшество неоднократно это подчёркивал и подчёркивает в своих публичных выступлениях. Особенно памятна его речь на парламентских встречах, организованных в Совете Федерации в рамках XXIV Международных образовательных чтений «Традиция и новации: культура, общество, личность».

Ограничить законодательно

Отметив, что «сегодня институт семьи требует особой защиты со стороны государства», патриарх подчеркнул, что это напрямую связано с темой противодействия абортам.

«Многие наши сограждане, в том числе православная общественность, взволнованы нынешним положением, когда законодательство России продолжает оставаться одним из самых либеральных в мире в отношении абортов. Жизнь сотен тысяч детей ежегодно насильственно прерывается на средства налогоплательщиков, многие из которых категорически не желают быть причастными к детоубийству», – сказал его Святейшество.

Церковь продолжает призывать к выведению абортов из системы обязательного медицинского страхования, исключению из свободной продажи химических абортивных средств, проведению обязательных консультаций женщины, обратившейся с просьбой сделать аборт, с психологом, призванным не просто поговорить с женщиной, но и постараться отговорить её от этого рокового шага. По оценкам экспертов, все эти меры могут позволить как минимум троекратно сократить число абортов в России, заметил Патриарх Кирилл.

«Я имел возможность тщательно изучить эту тему на примере Калининградской области, взаимодействуя в первую очередь с теми церковными работниками, мирянами и мирянками, которые занимаются профилактикой абортов, – продолжил он. – Не буду раскрывать сейчас схемы, по которым сегодня делается большинство абортов, что не фиксируется никакой государственной статистикой. И если 920 тыс. зарегистрированных абортов мы умножим на 2 или на 3, мы увидим, что происходит с нашим народом только за один год. А когда кто-то начинает нас успокаивать, говорить, что «ваши предложения неэффективны» или что кто-то выступает против них, – скажите, пожалуйста, что может быть важнее, чем спасти жизни миллионов наших детей? И мы будем говорить на эту тему до тех пор, пока не изменится ситуация. Нас будут критиковать, я знаю, какие комментарии последуют на те слова, которые я сегодня произношу. Но я их произношу по совести пастыря, человека и гражданина.

В последние годы наметилась неблагоприятная тенденция к неадекватному росту доли прерываний беременности с помощью применения медикаментов, отметил глава Русской православной церкви (РПЦ). «Опасность данной тенденции очевидна, – полагает он. – Бесконтрольное применение медицинских препаратов, направленных на искусственное прерывание беременности, наносит вред здоровью женщины, и их нерегулируемое распространение, конечно, должно быть законодательно ограничено».

Напомнив, что право на жизнь, гарантированное Конституцией России, должно подразумевать её защиту с момента зачатия, священнослужитель подчеркнул, что «любые формы посягательства на жизнь человека, в том числе аборт, являются нарушением этого правила». Патриарх напомнил также, что в преамбуле Декларации прав ребёнка, принятой Генеральной Ассамблеей ООН в 1959 г., говорится, что «ребёнок, ввиду его физической и умственной незрелости, нуждается в специальной охране и заботе, включая надлежащую правовую защиту, как до, так и после рождения». Право нерождённого человека на жизнь защищается конституциями ряда стран. «Надеюсь, что и мы, наконец, найдём путь разрешения этой проблемы, сколько бы ни пришлось трудиться над взаимоприемлемыми формулировками», – сказал глава РПЦ.

Исключить рекламу разрушения здоровья

«Огромной бедой для многих семей оборачивается распространение в обществе наркомании и алкоголизма, – обратил внимание сенаторов Патриарх Кирилл. – Но, к сожалению, до сих пор в медийном пространстве сохраняется реклама алкогольной продукции. Имеют место даже попытки лоббировать её расширение, что объясняется, например, заботой о повышении тиражей журналов и газет. В связи с этим, полагаю, достойны поддержки законодательные инициативы, направленные на дальнейшее ограничение или полное исключение рекламы средств, разрушающих здоровье человека».

Святейший назвал «угрожающими» масштабы распространения торговли разными наркотическими «новинками». Большое количество молодых людей, употребляя курительные смеси или, как их ещё называют, спайсы, привыкают к ним, а затем переходят на тяжёлые наркотики и попадают в тяжелейшую форму зависимости. «Убеждён, что эту ситуацию необходимо решать как на уровне законодательства, так и на уровне правоприменения», – заявил Патриарх. По его мнению, тема алкоголизма и наркозависимости «должна быть сквозной для всех органов власти, для законодателей, для исполнителей, для общественности». Потому что от решения этой проблемы зависит не только здоровье нации, но и само существование нашего народа и государства.

Святейший остановился также на «пропасти между богатыми и бедными», которая «усугубленная отсутствием реального общения между ними, не только создаёт социальную напряжённость, но и ввергает людей в опасные духовные состояния: уныние, отчаяние, утрату веры, надежды и любви». «Так что сбываются слова Спасителя: по причине умножения беззакония во многих охладеет любовь (Мф. 24:12)», – полагает он. По его словам, достижение большей социальной справедливости должно быть важным приоритетом для законодателей и всего общества.

Предстоятель РПЦ выразил надежду, что встреча с сенаторами внесёт значительный вклад в развитие конструктивного диалога между Церковью, государственной властью и обществом, станет ещё одним важным шагом в координации совместных усилий во всех сферах деятельности.

«Бэби-капут» не место в розничной продаже

«Ваше Святейшество, мы разделяем вашу серьёзную озабоченность большим количеством абортов в нашей стране», – заявила председатель Совета Федерации Валентина Матвиенко. Она сообщила, что после выступления Патриарха в январе 2015 г., на III Рождественских парламентских встречах в Государственной Думе, где он выступил с инициативой вывести аборты из системы ОМС, с целью изучения этого вопроса была сформирована рабочая группа, в которую вошли члены Правительства РФ, сенаторы, депутаты Государственной Думы, представители профильных министерств.

«Мы несколько месяцев поработали и подготовили согласованные предложения, которые уже начали реализовывать, – рассказала спикер верхней палаты парламента. – Часть предложений реализована в изменении нормативных актов Министерства здравоохранения, других профильных министерств. Вчера мы внесли законопроект о запрете в открытой розничной продаже медикаментов, которые используются для искусственного прерывания беременности (так называемые «бэби-капут». – **К.Щ.**). Надеемся, что наши коллеги в Государственной Думе поддержат его, и мы быстро примем этот закон».

Председатель Совета Федерации отметила, что результаты работы, которая в течение недели проходила в формате «круглых столов», секций, дискуссий, станет основой для дальнейшей практической деятельности по совершенствованию законодательства. «Для нас это не просто интересные обсуждения. По результатам всех этих дискуссий мы для себя подготовим план работы по улучшению и повышению эффективности нашего законодательства в сфере, которую мы сегодня обсуждаем, – пояснила В.И.Матвиенко. – Было высказано огромное количество интересных идей, предложений и священнослужителями, и представителями гражданского общества.

Константин ЩЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

А ещё был случай

Оставляющие след

В конце 60-х – начале 70-х годов прошлого века в медицинских вузах была такая форма первичной специализации – субординатура. Программу общей подготовки студенты проходили за 5 лет, а на 6-м курсе распределялись по отдельным клиническим кафедрам. Я выбрал психиатрию.

День в отделении начинался с традиционной пятиминутки, и после короткого доклада дежурного врача заведующая делала обход наблюдательной палаты, смотрела вновь поступивших. Потом врачи и мы, студенты, шли к своим больным. В начале учебного года студентам-шестикурсникам новых пациентов ещё не доверяли, мы вели по 6-8 больных, уже готовившихся к выписке, так что бумажной работы хватало.

Отделение большое, и пациенты самые разные, в основном с острыми психотическими расстройствами, но были и больные хроническим алкоголизмом, и наркоманы, решившие в очередной раз «навсегда вылечиться», несколько человек – «старожилы» с тяжёлой шизофренией, осложнённой лекарственным паркинсонизмом.

В этот октябрьский день новых больных в наблюдательной палате было трое. Двух заведующая уже знала, они её тоже, потому что не первый раз поступали в больницу. Третий, мужчина лет 30, был в отделении впервые. Он сидел на кровати, напряжённо всматриваясь в пришедших в палату.

– Обострение шизофрении, бред преследования, в больницу пришёл сам, – доложила дежурный врач.

Немного позже в ординаторской я посмотрел историю болезни Владимира (так звали больного, отчество и фамилию я тоже помню). В короткой записи, сделанной при поступлении, говорилось, что он инженер, ранее, с его слов, лечился в Красноярске по поводу шизофрении, действительно, пришёл в больницу сам, сказав, что его преследуют агенты ЦРУ.

Через несколько дней Владимира перевели в большую общую палату, в которой были и мои больные, поэтому виделись мы постоянно.

Однажды, когда я, закончив осмотр своих больных, собирался выходить из палаты, он подошёл ко мне и попросил разрешения поговорить со мной. Беседы с больными было принято проводить в присутствии других врачей, хотя, занятые своими делами, они не вслушивались в разговор. Я предложил пройти в ординаторскую

– Нет, – твёрдо возразил Владимир, – там много посторонних и есть телефон, его могут прослушивать.

Мы остановились в углу коридора, и Владимир, оглядываясь и всякий раз умолкая, если кто-то проходил мимо, начал свой рассказ. Ему хотелось выговориться, хотя могу только предполагать, почему он выбрал именно меня.

Он с детства увлекался техникой, после школы поступил в один из технических вузов Красноярска. Учёба давалась легко, но заниматься приходилось много, вечерами и по ночам работал. На 3-м курсе «произошёл срыв», Владимир попал в психиатрическую больницу, где ему поставили диагноз «шизофрения». Что за «срыв», и в чём проявилось заболевание тогда, в студенческие годы, сам Владимир не сказал, а запрос в Красноярск из нашей больницы не посылали. После лечения и академотпуска Владимир успешно окончил институт и получил направление на один из военных заводов Новосибирска. У психиатров он больше не наблюдался, лекарств не принимал и о болезни забыл. После того случая с госпитализацией прошло почти 10 лет. Несколько лет назад женился, но детей пока нет.

Работал с увлечением, и вскоре его взяли в заводское КБ. В конце сентября завод получил важный заказ, и Владимир стал задерживаться на работе. Так было и в тот вечер. Недалеко от проходной к нему подошли два человека, спросили его фамилию и, показав какие-то удостоверения (в темноте их невозможно было разобрать), предложили пройти с ними. Отказываться было бесполезно. Посадив Владимира в уазик, довольно долго куда-то ехали. В октябре в городе слякотно и рано темнеет, поэтому разглядеть дорогу сквозь забрызганные стёкла он не мог.

Машина остановилась где-то, видимо, на окраине города у небольшого дома. В помещении незнакомцы сразу повели разговор о заводском заказе и предложили Владимиру за хорошие деньги достать им документацию на новое изделие. Владимир возмутился.

На это незнакомцы отреагировали очень спокойно, выложив на стол пару фотографий. «Узнаёте? Здесь ваша жена – заместитель заведующего меховым ателье, выносит из ателье цигейковую шубу. Если эти фотографии попадут в ОБХСС (отдел борьбы с хищениями социалистической собственности – забытая сейчас аббревиатура очень серьёзной организации, почти такой же, как КГБ, а цигейковые шубы были в большом дефиците, не то, что нынче норковые), у вашей семьи будут большие неприятности. Ведь она член КПСС». На фотографиях Владимир узнал свою жену с большим свёртком в руках.

– Я заявлю в КГБ, – продолжал упорствовать Владимир.

– Вам никто не поверит: вот выписка из красноярской психиатрической больницы, где вы находились на лечении. Подумайте, хотя выбора у вас нет. Готовьте документацию. Мы вас найдём.

Потом они посадили Владимира в машину, опять долго ехали, высадили недалеко от дома. Придя домой, Владимир устроил жене допрос, потом скандал. Жена всё отрицала. Это ещё больше его взбесило. Дело закончилось тем, что Владимир изорвал паспорт и партбилет жены. Потом опомнился. Что делать? Утрата партбилета в те годы могла сломать жизнь любому. И потом обещание «мы вас найдём»... Обращаться в КГБ? Действительно, кто поверит больному шизофренией? И тогда Владимир пришёл в больницу.

За всё время Владимир ни разу не обмолвился о характере своей работы, а я слушал и, помня о подозрительности рассказчика, не задавал никаких вопросов. Не называл он незнакомцев и агентами ЦРУ, говоря просто: «Эти двое». Я даже не знаю, кто он по специальности и на каком заводе работал. В ту пору в Новосибирске было много «почтовых ящиков», и даже если бы Владимир назвал номер завода, мне это ничего бы не сказало.

О разговоре с Владимиром я сообщил заведующей.

– Знаю я эту историю, – ответила она, – Классика. Типичная шизофрения. Не принимайте близко к сердцу то, что слышите от больных. Иначе... Знаете, чем заканчивается «Палата № 6»?

Я, конечно, знал...

Наступила зима. Время и психотропные препараты делали своё дело. Владимир стал спокойнее. Он не стал более общительным и разговорчивым с больными отделения, но охотно включился в трудотерапию, убирал снег на территории больницы, приносил из больничной кухни бидоны с едой. В общем-то, было понятно его стремление вырваться из душной палаты и как-то разнообразить своё пребывание в отделении. Мы с ним здоровались, перебрасывались обычными фразами, но больше разговора о произошедшем Владимир не начинал. Изредка его навещала жена, сначала Владимир отказывался встречаться с ней, потом я как-то видел его, сухо беседовавшим с ней.

В Новосибирск пришёл грипп. Заболели завотделением и несколько врачей, и студентам добавилось работы. Так получилось, что, когда в отделение пришли два сослуживца Владимира, я в ординаторской был один. Он в это время как раз расчищал тротуары от выпавшего снега. Я предложил позвать Владимира, но они отказались. Это и понятно: сам визит в психиатрическую больницу – тяжёлое испытание для нервной системы простого человека, а уж свидание с больным! Пришедших интересовало его состояние, но в большей степени волновало, не говорит ли Владимир о своей работе.

– Сами понимаете, у нас режимное учреждение.

Я успокоил.

Вскоре после ухода зазвонил телефон. Звонивший представился коллегой Владимира. Я, может быть, несколько удивлённо ответил, что только что беседовал с его сослуживцами. На другом конце провода хмыкнули и положили трубку.

Грипп в городе продолжал свирепствовать, и старшекурсников направили в поликлиники на помощь участковым терапевтам. Затем были короткие последние каникулы, потом циклы по секционному курсу, лечебной физкультуре, ещё какие-то циклы. В общем, в больницу мы вернулись в конце марта. Владимира в отделении уже не было.

– Выписан с ремиссией, – сказали мне.

Потом были госэкзамены. Психиатром я не стал, ушёл в экспериментальную медицину. О Владимире забыл.

Лет 10 спустя я бродил по огромному Заельцовскому кладбищу в поисках могилы своего родственника и неожиданно наткнулся на небольшой покосившийся памятник, который кладбищенские служители называют «времянкой». Знакомая фамилия и инициалы. Годы жизни. Умер В.Н. в возрасте 30 с небольшим лет в тот год, когда я окончил институт. И я вспомнил Владимира!

У психиатров со стажем наберутся десятки, может быть, сотни «детективных историй», рассказанных их пациентами, но на меня – студента история Владимира произвела особое впечатление. Конечно, ещё на 5-м курсе, занимаясь в студенческом кружке на кафедре и потом в субординатуре, я присутствовал на клинических разборах и видел разных больных. Но одно дело – «зелёные чёртики» или «голоса с Юпитера», а здесь... Не знаю, кто похоронен в той могиле, может быть, просто однофамилец, ведь на памятнике только инициалы. Да и фамилия не очень редкая, хотя, конечно, не Кузнецов. А суициды среди больных шизофренией – явление довольно частое. И любой другой факт можно объяснить. Но всякий раз, проезжая мимо Заельцовского кладбища или бывая на нём, я вспоминаю мою субординатуру по психиатрии и задаю себе вопрос: «Всё ли случившееся с Владимиром было плодом его больного воображения?»

Неужели в никуда уходят те, с которыми мы работаем и живём дни и месяцы нашей жизни?

Аркадий КОЛПАКОВ,
доктор медицинских наук,
профессор.

Московская область.

Умные мысли

Из записок бывалого доктора

- С годами приходит не только мудрость, но и склероз.
- Для лечения мнимых больных подойдут и фальсификаты.
- Потерять своё лицо можно и в пластической хирургии.
- Кома – это вырванная страница из книги жизни.
- Душевные болезни требуют помощи душевных психиатров.
- Плох тот целитель, который не может стать исцелителем.
- Ничто так не старит, как страх смерти.
- Трудно упасть перед женщиной на колени, поражённые артритом.
- Как всё-таки голодный желудок отличается от пустого!
- Алкоголь расширяет сосуды, вот почему они легче рвутся у пьющих.
- Хороших диет не бывает. Бывают эффективные и неэффективные.
- Массаж – это целебное рукоприкладство.
- И безголовых может поражать мигрень.
- Лучший способ сбросить лишний вес – питаться только духовной пищей.
- Грипп проходит. Но не всегда мимо.
- Уважайте старость – начало долголетия!
- И истории болезней могут быть фантастическими.
- Если человек с жиру бесится, ещё не значит, что это результат пищевой аллергии на него.
- Жизнь – не сахар. Особенно у диабетиков.
- Было бы здоровье, а способные его разрушить всегда найдутся.
- Самая неизлечимая болезнь – это старость.
- Берегите здоровье от окружающих вас целителей!
- Жизнь так коротка, что не все успевают это понять. Годы берут своё, частные геронтологи – всё остальное.
- Самый больной вопрос: где настоящие лекарства?!
- Смех над платной медициной – лучшее лекарство!

Евгений ТАРАСОВ,
врач высшей категории.

Москва.

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

Материалы, помеченные 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, В.КОРОЛЁВ, Д.НАНЕИШВИЛИ, А.ПАПЫРИН, Г.ПАПЫРИНА, В.САДКОВСКИЙ (зам. главного редактора – ответственный секретарь), И.СТЕПАНОВА, К.ЩЕГЛОВ (первый зам. главного редактора).

Дежурный член редколлегии – В.ЕВЛАНОВА.

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 «ПК «ЭКСТРА М» 143405 Московская область Красногорский район, г. Красногорск, автодорога «Балтия», 23 км, владение 1, дом 1.
Заказ № 16-05-00297
Тираж 28 973 экз.
Распространяется по подписке в России и других странах СНГ.

Корреспондентская сеть «МГ»: Благовещенск (4162) 516190; Брянск (4832) 646673; Кемерово (3842) 354140; Нижний Новгород (831) 4320850; Новосибирск 89856322525; Омск (3812) 763392; Самара (8469) 517581; Санкт-Петербург 89062293845; Смоленск (4812) 677286; Ставрополь 89288121625; Чита (3022) 263929; Уфа (3472) 289191; Киев (1038044) 4246075; Реховот, Хайфа (Израиль) (10972) 89492675; Ханау (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 – помесячная, 32289 – полугодовая, 42797 – годовая.