Медицинская газета®

31 августа 2016 г.
среда
№ 65 (7685)

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

Работают мастера

Чемпионка снова готовится к победам

Пермские врачи помогли ей поверить в себя

Доктора проявили чудеса мастерства

Пермские врачи поставили на ноги чемпионку России по каратэ, применив новую технологию лечения коленных связок с помощью высокотехнологичного оборудования.

В Краевую детскую клиническую больницу с болью в коленном суставе поступила 16-летняя Полина Фёдорова. Врачи диагностировали у неё повреждение передней крестообразной связки коленного сустава – она была полностью оторвана от бедренной кости. Травму девушка получила на спортивных состязаниях. Полина кандидат в мастера спорта по каратэ. Кроме того, что Фёдорова чемпионка России, она также призёр крупных международных соревнований, а такие победы бывают сравнимы со спортивными подвигами.

«Если бы повреждение не устранили, то развивающаяся хромота не позволила бы пациентке не только тренироваться и защищать честь края и страны, но и нормально ходить. Заменить связку можно было разными способами. Для взрослого человека такая операция не несёт никакой опасности, но в данном случае мы имели дело с растущим организмом, а повредить зону роста кости означает, что она либо прекратит расти, либо будет делать это асимметрично, что может привести к деформации конечности», – говорит оперировавший спортсменку врач, заведующий травматолого-ортопедическим отделением Николай Белокрылов.

Риск был велик. Необходимо было попасть внутрь сустава, заменить разорванную связку на сухожильный аутотрансплантат, взятый у самой пациентки, и закрепить его с помощью фиксирующего устройства-имплантата. Такую операцию в обход зоны роста кости провели в Пермском крае впервые.

«Уже хочется снова начать тренироваться, но врачи предупредили, что пока идёт восстановительный процесс, этого делать не стоит. Спасибо им огромное!» – говорит Полина.

Внедрение нового метода стало возможно после покупки высокотехнологичного оборудования, имплантируемых материалов и специального инструментария.

Дмитрий ПРОТОПОПОВ,
сотрудник Медицинского информационно-аналитического центра Министерства здравоохранения Пермского края,
внешт. корр. «МГ».

Олег САЛАГАЙ,
директор Департамента общественного здоровья и коммуникаций Минздрава России:

Сегодня ВИЧ-инфекция – это серьёзный вызов не только для каждого человека, но и для общества в целом, для государства.

Стр. 4

Олег ЛОРАН,
заведующий кафедрой урологии и хирургической андрологии РМАПО Минздрава России, член-корреспондент РАН:

Я не против скрининга на рак предстательной железы, но он должен быть правильным.

Стр. 10

Иван АРТЮХОВ,
ректор Красноярского государственного медицинского университета, профессор:

Дело не просто в том, что профессор Войно-Ясенецкий какое-то время жил и работал в нашем крае, а в том, какое влияние он оказал на развитие красноярской медицины.

Стр. 15

Начало

На Колыме – новый диагностический центр

Диагностический корпус Магаданского областного онкологического диспансера открыли в колымской «столице». Красную ленточку перерезал губернатор региона Владимир Печёный.

Губернатор поздравил главного врача Сергея Тараканова и коллектив медучреждения со знаменательным событием: «Это дорогостоящий проект. Но затраченные средства того стоят, ведь речь идёт о спасении жизни, своевременной диагностике и лечении злокачественных новообразований.

Он также отметил, что из федерального бюджета на оснащение диспансера современным медицинским оборудованием поступило 450 млн руб., в том числе для нового диагностического корпуса – 245 млн.

Медики рассказали гостям, что уникальность нового диагностического центра заключается в том, что он связывает все технические установки в единый организм. В нём расположены отделения ультразвуковой диагностики, рентгенодиагностическое, внутрипросветной эндоскопической диагностики, а также отдел патоморфологических исследований центральной клинико-диагностической лаборатории.

«Ещё два года назад строительство нового радиологического центра было приостановлено. Но новейшее оборудование уже поступало, и его негде было устанавливать. И тогда губернатор принял судьбоносное решение – передал нам здание детской инфекционной больницы, которое капитально отремонтировали. Теперь оборудование установлено и работает эффективно», – сказал С.Тараканов.

По его словам, за первые 6 месяцев этого года специалисты обследовали около 2,5 тыс. колымчан, в том числе из отдалённых регионов. Медики выявили немало людей со злокачественными образованиями. Они сейчас успешно проходят лечение, поскольку болезнь обнаружена на ранних стадиях. Для каждого исследования в диагностическом центре – отдельный кабинет. Губернатор обошёл их, побеседовал с врачами. Шесть из них прибыли из других регионов страны. Это специалисты высшей категории: врачи-эндоскописты, УЗИ-диагностики.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Магадан.

Кадры

Цель – учиться врачебному делу

В Ульяновской области продолжается реализация комплекса мер по привлечению кадров в учреждения здравоохранения.

«В 2016 г. более 300 абитуриентов изъявили желание учиться по целевому набору в вузах – наших партнёрах. По результатам конкурса студентами станут более 200 человек. Для сравнения: в 2015 г. по целевому набору пошли учиться 175 абитуриентов, в 2014 г. – 12 566», – сообщил заместитель председателя правительства – министр здравоохранения Ульяновской области Павел Дегтярь.

Наибольшее количество мест для будущих студентов из Ульяновской области предоставил Самарский государственный медицинский университет. Туда по целевому набору по специальности «лечебное дело», «педиатрия», «стоматология» и «клиническая психология» поступили 103 человека. На учёбу в Казанский медицинский университет по педиатрии и лечебному делу направлено 10 ульяновцев. Кроме того, 82 абитуриента будут учиться в Ульяновском государственном университете по специальностям «педиатрия», «лечебное дело» и «фармация». В Саратовский медицинский университет им. В.И.Разумовского по профилям «педиатрия» и «лечебное дело» поступили 19 абитуриентов. По этим же направлениям в Астраханскую медицинскую академию поступили 11 человек. По целевому набору в Первый МГМУ им. И.М.Сеченова прошли 8 ульяновцев.

То есть престиж врачебной профессии в регионе становится всё значительнее, и есть надежда, что молодёжь с каждым годом будет пополнять столь необходимую сферу жизнедеятельности.

Виктория ГУРСКАЯ,
внешт. корр. «МГ».

Ульяновск.

Новости

Учат беречь здоровье

В Омске начались учебно-методические занятия специалистов областного Центра медицинской профилактики с вожатыми дворовых площадок. Эта акция межведомственная – в ней принимают самое активное участие и сотрудники регионального центра профориентации.

Первые занятия были проведены в «спальном» округе города на Иртыше – Кировском. Но вскоре ими будут охвачены и остальные 4 городских округа. Темы, казалось бы, просты, но всегда востребованы и необходимы населению, особенно в молодом возрасте, это – предупреждение неинфекционных заболеваний, первая помощь при возникновении жизнеугрожающих состояний, правила личной гигиены, борьба с вредными привычками.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ.

Омск.

Далеко в горах

Недавно назначенный министр здравоохранения Чеченской Республики Эльхан Сулейманов в ходе знакомства с объектами здравоохранения посетил с рабочим визитом Итум-Калинскую участковую больницу. Выбор именно этого ЛПУ не случаен: больница обслуживает более десятка населённых пунктов в одном из самых высокогорных районов Чеченской Республики, и именно поэтому очень важно, чтобы медицинская помощь в полном объёме была доступна местным жителям. Сегодня в арсенале медиков – диспансеризация, профосмотр, иммунизация детского и взрослого населения, а также оказание неотложной экстренной медицинской помощи населению района.

Как рассказала главный врач «высокогорной» больницы Дагмара Макалова, ЛПУ рассчитано на 24-26 посещений в смену, действует дневной стационар на 10 коек, а также при больнице имеется пункт скорой медицинской помощи.

Рубен КАЗАРЯН.

Чеченская Республика.

Студенты получат федеральные гранты

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н.Бурденко рекомендован к получению трёх грантов на развитие своих медико-социальных проектов по итогам всероссийского молодёжного образовательного форума «Территория смыслов».

Проект «Помоги мне» студента Руслана Мошурова, посвящённый оказанию помощи пострадавшим в ДТП, получил 300 тыс. руб.

Разработанный Софьей Голубевой медико-социальный проект «Здоровое сердце» получил 200 тыс. руб. Он ориентирован на раннюю диагностику сердечно-сосудистых заболеваний и в будущем году будет реализован на территории Воронежской области.

Проект, разработанный под руководством Ивана Луева, получил 100 тыс. руб. Он позволяет в игровой форме проводить реабилитацию детей с бронхо-лёгочной патологией. При помощи дыхания маленький пациент управляет ходом игры, отображаемой на экране компьютера. Комплекс для детей находится на стадии тестирования. Предполагается, что благодаря относительной дешевизне разработка будет востребована в поликлиниках и реабилитационных центрах.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.

Воронеж.

В ожидании дополнительных средств

Республика Хакасия до конца этого года планирует получить из федерального бюджета дополнительно более 5 млн руб. на льготное лекарственное обеспечение.

Как пояснили в Минздраве Хакасии, необходимость в дополнительном финансовом транше не стала неожиданностью. Периодически по итогам полугодия Министерство здравоохранения Республики Хакасия направляет заявку в Минздрав России о предоставлении дополнительных средств в связи с увеличением числа федеральных льготников, претендующих на бесплатные лекарства. За первые 6 месяцев этого года их стало больше почти на 200 человек.

На сегодняшний день в республике около 38 тыс. человек имеют право на получение федеральных льгот. Чтобы сформировать оптимальную заявку на финансирование данной программы на 2017 г., Минздрав Хакасии, как всегда, заранее начал информировать жителей региона о том, что каждому льготнику необходимо принять решение в пользу бесплатных лекарств или дополнительной денежной выплаты.

Елена БУШ.

Абакан.

Сёстры милосердия работают в больницах

В Ульяновской области за 2 последних года обучение в медицинском колледже Ульяновского государственного университета по специальности «сестринское дело» по направлению прошли 26 человек.

В минувшем году состоялся первый торжественный выпуск.

«В настоящее время в лечебные учреждения области трудоустроено 20 сестёр милосердия. Они работают в областной клинической больнице, госпитале ветеранов войн, областном клиническом центре специализированных видов медицинской помощи, областной детской клинической больнице и центральной клинической медико-санитарной части», – отметил заместитель председателя правительства – министр здравоохранения Ульяновской области Павел Дегтярь.

Всего же в 2015 г. в учреждения здравоохранения Ульяновской области трудоустроено 343 средних медицинских работника. Благодаря принятым мерам дефицит врачебных кадров снизился на 7%, а среднего медицинского персонала – на 6%.

Виктория ГУРСКАЯ.

Ульяновск.

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

События

Высоты покоряются настойчивым

Это ещё раз подтвердили в Приволжье

В Приволжском окружном медицинском центре состоялось торжественное открытие новой многофункциональной рентгенохирургической операционной.

Сергей Романов (слева) и Андрей Серёгин перерезают ленточку

Первая такая операционная и рентгенохирургическое отделение в клинической больнице № 3 окружного центра появились в 2008 г. Тогда же были определены основные направления деятельности – лечение болезней цивилизации с высокой распространённостью и смертностью: онкологических и сердечно-сосудистых. Отделение сразу же стало площадкой для внедрения в клиническую практику новейших методик и технологий. Так, Приволжский окружной медицинский центр одним из первых в стране внедрил онкорадиологическую технологию – химиоэмболизацию печёночной артерии. Начав работу с нуля, в настоящее время центр стал третьим в России по количеству выполненных рентгенохирургических лечебных процедур при опухолевых заболеваниях после клиник Санкт-Петербурга и Москвы. Но дело не только в количестве выполненных операций. Внедрение новых технологий, разработка собственных уникальных методик позволили учреждению значительно повысить эффективность и безопасность лечения пациентов со злокачественными новообразованиями печени, стать ведущей клиникой в области хирургической гепатологии. И если несколько лет назад диагноз «рак печени IV стадии» звучал как приговор, то сегодня при локальном воздействие на опухоль концентрированной дозой лекарственного препарата возможно приостановить её развитие или в ряде случаев даже убить, тем самым не только продлить жизнь пациенту, а сделать её качество достойным. Выполнены операции эмболизации артерий поджелудочной железы при раке, стентирование и дренирование желчных путей при механической желтухе, стентирование пищевода, кишечника. Можно многое ещё рассказать о возможностях ПОМЦ в лечении заболеваний сердечно-сосудистой и репродуктивных систем.

– Открытие новой операционной позволит в 2-2,5 раза увеличить количество онкорадиологических процедур и своевременно выполнять вмешательства, которые не просто показаны пациентам, а жизненно им необходимы, – говорит заведующий рентгенодиагностическим отделением Андрей Серёгин.

Директор Приволжского окружного медицинского центра ФМБА России Сергей Романов отметил на торжественном открытии, что новое отделение создано исключительно на средства, заработанные центром. Оно оснащено по последнему слову техники и является значимым шагом к дальнейшему осуществлению серьёзных планов коллектива – созданию онкоцентра на базе Приволжского окружного медицинского центра.

Напомним, что в приволжском центре ежегодно выполняется около 12 тыс. операций. Он имеет один из самых высоких объёмов государственного задания на 2016 г. на оказание ВМП в Нижегородской области. Если в прошлом году было выделено 4,5 тыс. квот, то в этом году их количество увеличилось до 5,5 тыс.

Алексей ПАПЫРИН, спец. корр. «МГ».

Нижний Новгород.

ОТ РЕДАКЦИИ. *В «Медицинской газете» № 57 от 03.08.2016 в материале «Клиника больших объёмов» допущена досадная неточность. В тексте есть предложение о том, что ПОМЦ очень тесно сотрудничает с медико-санитарной частью № 158. Правильно следует читать – МСЧ № 50.*

Особый случай

Пересадили… собственную почку

Врачи приняли единственно возможное решение

Необычную и успешную операцию провели хирурги городской клинической больницы № 40 Екатеринбурга. Пациентке пересадили её собственную почку.

Сорокалетняя Оксана Ф. заболела несколько лет назад. У неё появились проблемы с кишечником, которые через год безуспешного лечения привели к сильному кровотечению. Скорая помощь год назад в неотложном порядке ночью доставила пациенту в ГКБ № 40. После проведённого обследования была выявлена злокачественная опухоль сигмовидной кишки с метастазом в кисту яичника.

Предприняв несколько операций, врачам удалось выполнить радикальное хирургическое лечение, избавив больную от опухоли, но при этом сформировалась обструкция правого мочеточника. Хирургам пришлось установить нефростому. Завершилось лечение курсом химиотерапии.

В июле этого года она вновь поступила в ГКБ № 40, в урологическое отделение, для прохождения курса реабилитации. Дренаж почки через нефростому, конечно, существенно снизил качество жизни молодой женщины. А заместить мочеточник частью тонкой кишки, чтобы избавить ее от нефростомы, было уже невозможно. Тогда врачи приняли единственно возможное решение: пересадили почку ниже и соединили мочеточник с мочевым пузырём. Таким образом пациентка вернулась к полноценной жизни – без нефростомы.

Эта смелая нестандартная идея была реализована в сотрудничестве урологов, сосудистых хирургов, которые вместе с почкой перенесли и сосуды, и анестезиологов-реаниматологов, которые поддерживали витальные функции не только во время операции, но и в послеоперационный период. Одной из задач было снизить температуру тела во время вмешательства для того, чтобы сохранить жизнеспособность почки в то время, когда она пересаживалась.

Операция длилась 6 часов и полностью оправдала себя – врачам удалось успешно решить сложнейшую клиническую задачу, вернув пациентке нормальное качество жизни. Через 2 недели она была выписана из стационара под наблюдение специалистов.

Кстати, врачам при изучении данного вопроса удалось найти единственную публикацию в России о подобном случае в 2012 г., сообщили специалисты Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова. В США за 10 лет было проведено всего 25 подобных вмешательств.

Елена ЛЬВОВА. МИА Cito!

Екатеринбург.

Акции

Как здоровье на западе России?

Около 3 тыс. калининградцев откликнулись на массовую профилактическую акцию «Я здоров!». Мероприятие, организатором которой выступил региональный Минздрав, было приурочено в празднованию 70-й годовщины образования самого западного субъекта РФ.

На площади Победы действовало 8 пунктов (павильоны-палатки и мобильные диагностические комплексы) для желающих в индивидуальном порядке бесплатно проконсультироваться у медицинских специалистов, либо определить индекс массы тела, узнать уровень сахара и холестерина в крови, пройти исследование глазного дна, сдать экспресс-анализ на наличие антител к ВИЧ или же получить «картинку» своих лёгких по результатам осмотра на флюорографе. Альтернативу посещения кабинета стоматолога в стенах медицинского учреждения предложила городская детская стоматологическая поликлиника, организовав осмотр зубов ребятишек в передвижном стоматкабинете. Почти полсотни жителей Калининграда стали донорами, ступив на «борт» мобильного пункта заготовки крови, 15 из них – впервые.

В едином строю с профилактической медициной на городском празднике здоровья шагали физкультура и спорт: организаторы отвели специальную площадку для земляков, которые могли бы поучаствовать в сдаче норм ГТО, и таких, как и ожидалось, нашлось немало.

Многовекторный характер крупного массового мероприятия зеркально отразил структурное разнообразие его «идейного» вдохновителя и главного исполнителя – Центра медицинской профилактики и реабилитации Калининградской области, имеющего в своём составе и центр здоровья, и врачебно-физкультурный диспансер, и большое отделение реабилитации. Кстати, прежде чем добраться до областного центра, акция «Я здоров!», как сообщил «Медицинской газете» главный врач учреждения, главный специалист по профилактической медицине Минздрава Калининградской области, доцент Медицинского института Балтийского федерального университета им. И.Канта, кандидат медицинских наук Владислав Голиков, побывала уже в 11 муниципалитетах.

Владимир КЛЫШНИКОВ, соб. корр. «МГ.

Калининград.

Назначения

У ВОЗ — новый всемирный посол по НИЗ

Всемирная организация здравоохранения назначила мецената и бывшего мэра Нью-Йорка Майкла Блумберга всемирным послом по неинфекционным заболеваниям (НИЗ).

В течение последнего десятилетия, сообщили в организации, Блумберг сотрудничал с ВОЗ по вопросам контроля табачной продукции и поддержки безопасности дорожного движения.

Всемирный посол ВОЗ избирается на 2 года и работает на добровольных началах, компенсаций расходов или вознаграждений не предусмотрено. Основные обязанности Блумберга будут состоять в продвижении работы этой международной организации по сокращению факторов, повышающих риск развития неинфекционных заболеваний: употребление табака, неправильное питание, отсутствие физической активности, чрезмерное употребление алкоголя. Посол также будет развивать проверенные методы по сокращению количества травм в результате дорожно-транспортных происшествий, ожогов, падений и инцидентов на воде.

От НИЗ каждый год умирает 16 млн человек, не достигнув 70-летнего возраста. ДТП уносят 1,25 млн жизней в год, преимущественно молодых людей 15–29 лет. Преждевременная смерть, нетрудоспособность в результате неинфекционных заболеваний и травм в большинстве случаев могут быть предотвращены при принятии эффективных мер, считают эксперты ВОЗ.

Иван ВЕТЛУГИН. МИА Cito!

Решения

Оперативно и централизовано

Единый call-центр скорой и неотложной медицинской помощи начнёт функционировать в Москве уже в декабре нынешнего года. Об этом сообщил руководитель Департамента здравоохранения Москвы Алексей Хрипун на встрече с сотрудниками Станции скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С.Пучкова.

«В декабре мы ждём открытия единого call-центра, опыт работы которого, я уверен, будут тиражировать по всей России», – заявил А.Хрипун.

Кроме того, глава столичного сегмента отрасли отметил, что в столице создана специальная навигационная система, которая отслеживает местонахождение бригад и передаёт вызов ближайшей машине скорой помощи или неотложки. Благодаря этому существенно сократилось ожидание ответа при вызове и время прибытия «скорой».

«Добавьте к этому машины, оборудованные современной техникой, медицинские вертолёты, планшеты, которыми в ближайшем будущем будут оснащены все бригады скорой медпомощи», – подчеркнул А.Хрипун.

Яков ЯНОВСКИЙ. МИА Cito!

Москва.

Пресс-конференции

Врачи поднимутся на теплоходы

В Москве на пресс-конференции, приуроченной к началу 11-й акции «Волна здоровья», министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова вместе с президентом Лиги здоровья нации Лео Бокерия дали старт акции. Она пройдёт в сентябре в Поволжье. Бригады врачей отправятся в малые населённые пункты на теплоходе.

Цель акции, которая, кстати, проводится с 2006 г. – оказание адресной помощи пациентам с врождёнными пороками сердца, нарушениями органов зрения, слуха и другими заболеваниями.

Как сообщила В.Скворцова, за время существования акции «Волна здоровья», около 10 тыс. детей из 40 регионов Росссии прошли бесплатное обследование, при этом более 850 из них впоследствии получили медицинскую помощь в лучших клиниках страны. В настоящее время «Волна здоровья» помогает не только маленьким пациентам, но и беременным женщинам, и тем, кто только планирует завести ребёнка.

Итак, акция стартует 2 сентября в Самаре. До 6 сентября планируется посетить Балаково, Саратов, Волгоград и Астрахань. Лео Бокерия отметил, что на корабле соберётся цвет отечественной диагностики, а у врачей с собой будет новейшая аппаратура. Впервые в этом году в мероприятии примут участие детские урологи. Для облегчения работы медиков региональные департаменты здравоохранения готовят списки пациентов, нуждающихся в консультациях, и все необходимые сопроводительные документы. Планируется, что в этом году обследование только в Самаре пройдут 3 тыс. человек и примерно столько же – в Астрахани.

Вячеслав СВАЛЬНОВ, корр. «МГ».

Москва.

Деньги

Медикам доплатят из местного бюджета

Согласно вступившим с 1 июля изменениям Федерального закона «О минимальном размере оплаты труда» МРОТ увеличен с 6024 руб. до 7500 руб.

В связи с этим на внеочередной сессии Алтайского краевого законодательного собрания был принят законопроект «О внесении изменений в Закон Алтайского края № 122-ЗС от 18.12.2015 «О краевом бюджете на 2016 г.», в рамках которого предусмотрено выделение на эти цели дополнительно 233 млн руб.

Из этой суммы администрацией Алтайского края выделено 44,75 млн для сотрудников подведомственных Главному управлению Администрации Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности медицинских организаций и медицинских образовательных организаций, получающих заработную плату на уровне МРОТ из средств краевого бюджета.

«Кроме того, в регионе, несмотря на сложную экономическую ситуацию, сохранены стимулирующие выплаты медицинским работникам как оказывающим первичную медико-санитарную помощь, так и отдельным категориям специалистов, работающим в стационарных отделениях», – отметил заместитель губернатора Даниил Бессарабов.

Такие стимулирующие выплаты осуществляются в соответствии с постановлениями администрации Алтайского края.

Елена ОСТАПОВА. МИА Cito!

Алтайский край.

Однако

Кома после родов

Тридцатилетняя жительница Владимира впала в глубокую кому сразу после рождения ребёнка. По заявлению её мужа территориальным Управлением Росздравнадзора были проведены внеплановые проверки лечебных учреждений, оказывающих женщине медицинскую помощь. В результате в деятельности ряда медицинских учреждений выявлены грубые нарушения.

Как сообщают в Росздравнадзоре, в ходе контрольных мероприятий с привлечением аттестованных профильных экспертов выявлено, что областной перинатальный центр не отвечает критериям, установленным п. 29.3 Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (за исключением вспомогательных репродуктивных технологий), утверждённого приказом Минздрава России № 572н от 01.11.2012 для акушерских стационаров третьей А группы. Беременной женщине в данном учреждении при наличии показаний в III триместре не были выполнены необходимые лабораторные и диагностические исследования (биохимическое исследование крови, ЭКГ, УЗИ органов малого таза и др.), не проводился круглосуточный мониторинг жизненно важных функций (оксиметрия, неинвазивный мониторинг артериального давления, электрокардиограммы, частоты дыхания, температуры тела). Также установлено, что анестезиолог-реаниматолог, осуществлявший переливание крови пациентке, не имеет сертификата специалиста по трансфузиологии.

В областной клинической больнице комиссия Росздравнадзора зафиксировала нарушения п. 6 Правил организации деятельности выездной бригады скорой медицинской помощи в части несоблюдения сроков доезда до пациента: выездная бригада скорой медицинской помощи выехала к женщине только через 65 минут после вызова.

Внеплановая выездная проверка в отношении городской клинической больницы № 5 также установила, что на амбулаторном этапе ведения беременности медицинская помощь пациентке оказывалась не в полном объёме, не соблюдалась кратность консультаций врачей-специалистов.

По итогам проверок указанных медицинских организаций, в которых выявлены и иные грубые нарушения, Росздравнадзором составлены акты и выданы предписания с требованием устранить все нарушения. Материалы надзорных мероприятий направлены в Министерство здравоохранения РФ, Государственную Думу РФ, Департамент здравоохранения Владимирской области и территориальный фонд ОМС, прокуратуру Владимирской области, Следственное управление Следственного комитета Российской Федерации по Владимирской области.

В настоящее время по факту трагических событий в перинатальном центре МВД России по Владимирской области возбудило уголовное дело по ч. 2 ст. 118 УК РФ (причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности). По этой статье врачей ждёт наказание в виде ограничения свободы на срок до 4 лет либо лишения свободы на срок до 1 года с лишением права занимать врачебную должность на срок до 3 лет.

Павел АЛЕКСЕЕВ. МИА Cito!

Владимир.

Инициатива

В усиленном режиме

За три дня тестирование на ВИЧ в Иркутске прошли 569 человек. Так началась всероссийская акция «Сдай тест на ВИЧ!»

Свой статус приезжали узнать люди не только из Иркутска, но и из Ангарска, Шелехова, Усолья-Сибирского и Черемхово. Врачи Иркутского областного центра по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями отмечают, что мероприятие имело большую популярность. В течение всех дней у павильона в торгово-развлекательном комплексе, где проходило тестирование, была очередь. Стоящих в ней людей привлекла возможность проверить своё здоровье и получить результаты на руки уже через 15 минут. Врачи и лаборанты работали в усиленном режиме, чтобы уложиться в обозначенные временные рамки.

Олег Салагай выступает на открытии акции

Ежедневно на акцию выезжали 2 бригады медицинских работников, принимающих анализы у пациентов каждые 4 часа. В очереди люди стояли недолго. Помощь в проведении акции оказывали волонтёры. Они раздавали посетителям торгового комплекса флаеры и листовки с приглашением, проводили тестирование, а также вели просветительские игры и лотереи для тех, кто ожидал результата тестирования.

У 9 прошедших тестирование результаты анализов оказались положительными. Всех их пригласили на консультацию в Центр по профилактике и борьбе со СПИДом для проведения уточнённых исследований, чтобы поставить окончательный диагноз.

Дежурившие в павильоне врачи признались, что некоторые пришедшие реагировали на результаты теста очень эмоционально. Одна из женщин едва не упала в обморок, когда дождалась своего отрицательного результата. На месте ей оказали помощь и помогли справиться с волнением.

Большой спрос на бесплатное анонимное тестирование в некотором смысле застал врачей врасплох. Чтобы провести исследования для всех желающих, центр приобрёл дополнительно 900 тестов. И продолжит анонимное тестирование до 28 августа.

Организатором всероссийской акции по бесплатному и анонимному тестированию на ВИЧ выступило Министерство здравоохранения РФ. А Иркутск стал первым из 10 городов России, которые примут в ней участие.

– Сегодня ВИЧ-инфекция – это серьёзный вызов не только для каждого человека, но и для общества в целом, для государства. За последние годы в вопросах профилактики ВИЧ произошли существенные изменения. Увеличен охват тестированием, более чем в 5 раз возросло число лиц, получающих антиретровирусную терапию. Однако важнейшую роль в предупреждении распространения ВИЧ продолжает играть профилактика, в основе которой – ответственное отношение к своему поведению, включая регулярное тестирование на ВИЧ. Поэтому акции, подобные той, которую мы открываем сегодня, становятся постоянными, охватывая всё больше людей. Стоит сказать, что в Иркутской области профилактическая работа организована на одном из самых высоких в стране уровней, и её результаты заметны. Надеюсь, что дальнейшая активная деятельность в этом направлении будет способствовать остановке распространения этого социально значимого заболевания, – отметил директор Департамента общественного здоровья и коммуникаций Минздрава России Олег Салагай.

Руководство Минздрава России и офиса ВОЗ в России, прибывшее на акцию, также посетило Иркутский областной центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями. Во время обхода лечебной организации участники делегации проверили её оснащение и работу врачей с пациентами. Представители федерального ведомства отметили, что областной центр имеет одну из лучших в стране лабораторную, клиническую и профилактическую базу для борьбы с эпидемией ВИЧ-инфекции и помощи больным жителям региона.

Для этого в штате центра помимо врачей и медицинского персонала работают социальные работники и психологи.

За первое полугодие 2016 г. исследования на наличие вируса иммунодефицита человека в организме прошли 289 тыс. жителей Прибайкалья. Новых случаев ВИЧ-инфекции выявлено более 1,5 тыс.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.
МИА Cito!

Иркутск.

Проблемы и решения

За семью и детство — берёмся всерьёз

Подростков и молодых матерей «маршрутизируют»

Всё чаще у петербургских подростков обнаруживаются проблемы в сфере репродуктивного здоровья. В прошлом году патологические случаи зафиксированы врачами у 24% девушек и 16% юношей. Этот факт был озвучен на выездном расширенном заседании координационного совета по вопросам семьи и детства, который провела в детской городской больнице № 1 вице-губернатор Ольга Казанская.

Юное поколение требует бережного и любовного взращивания

В то же время в 2015 г. количество подростковых абортов, как отмечали участники разговора, в том числе начальники отделов здравоохранения районных администраций города, руководители амбулаторных и стационарных детских медицинских учреждений, уменьшилось в 5 раз в сравнении с уровнем 2009 г. Перелом произошёл во многом благодаря тесному взаимодействию социальных служб администраций районов и молодёжных консультаций по профилактике ранней и нежелательной беременности. Всего в Санкт-Петербурге действует 21 молодёжная консультация, не считая городского консультативно-диагностического центра для детей «Ювента», специалисты которых предоставляют информацию по профилактике ИППП и ВИЧ/СПИДа, дают рекомендации по различным аспектам планирования семьи, оказывают психологическую поддержку молодым людям, попавшим в беду.

Многие проблемы в состоянии отнюдь не могучего репродуктивного здоровья петербуржцев-подростков «произрастают» из раннего детства. Поэтому лейтмотивом обсуждения стали вопросы лечения и реабилитации недоношенных ребятишек. В прошлом году в городе на Неве родилось 72 тыс. детей, и 3,6 тыс. из них понадобилась интенсивная реанимационная терапия в специализированных стационарах. У большинства младенцев с экстремально низкой массой тела, кому были показаны медицинские пособия при круглосуточном наблюдении специалистов, преобладали кардиологические, респираторные, нейрохирургические и неврологические проблемы. В крупнейшем в РФ отделении реанимации и интенсивной терапии новорождённых ДГБ № 1 выхаживается в течение года от 900 до 1100 малышей, при этом две трети из них – недоношенные.

Одним из основных камней преткновения в предоставлении глубоко недоношенным «путёвки в жизнь» остаётся ретинопатия, приводящая к слепоте. Для борьбы с поражением сетчатки глаза у детей, рождённых намного раньше срока, во все городские детские стационары поставлено современное офтальмологическое оборудование. Однако, на взгляд главного детского офтальмолога Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга Эльвиры Сайдашевой, существует потребность в расширении сети офтальмологических кабинетов катамнеза, где бы в последующем наблюдались маленькие пациенты с врождённым дефектом развития. Свою точку зрения она донесла до участников выездного заседания координационного совета.

Городской координационный совет по вопросам семьи и детства высказался за формирование рабочей группы, которая займётся совершенствованием межведомственного взаимодействия профильных комитетов правительства Санкт-Петербурга. Задача созданной структуры будет состоять в выработке удобной маршрутизации жителей города, нуждающихся в медицинской помощи и социальной поддержке. Речь идёт о молодых матерях, недоношенных детях и подростках. Таким образом, преемственность лечения юных пациентов, профилактика нежелательной беременности и абортов среди подростков окажется, как предполагается, в прицеле повышенного внимания государственных структур.

Владимир КЛЫШНИКОВ,
соб. корр. «МГ».

Санкт-Петербург.

Фото
Александра ХУДАСОВА.

Акции

Поддержать бы донорство крови…

И в глобальном масштабе

За последнее десятилетие показатель донорства крови близится в мире к 30%-ному падению. Департамент переливания крови и трансплантации Национальной службы здравоохранения Великобритании (NHS Blood and Transplant) и PR-агентство Engine Group запустили кампанию под хэштегом #MissingType, цель которой привлечь как можно больше людей во всём мире к донорству крови.

Акция, в рамках которой, как сообщил новостной портал Mashable, буквы А, В и О, обозначающие группы крови, убирают из названий крупных компаний, вывесок и табличек, прошла с 16 по 21 августа в 21 стране, включая США, Австралию, Сингапур, Канаду, Ирландию, и объединила 25 станций переливания крови по всему миру. К кампании присоединились такие известные корпорации, как Microsoft, Tesco и Google. Буквы также исчезли со знака Toronto в Канаде и скульптуры-надписи в Нидерландах I amsterdam. Впервые акция прошла в 2015 г., однако глобальный масштаб приобрела только в этот раз.

В настоящее время, по данным Всемирной организации здравоохранения, только 33 человека из тысячи в странах с высоким уровнем доходов жертвуют кровь. В странах со средним уровнем доходов этот показатель опускается до 12 человек из тысячи, а в более бедных – до 5.

В России объём заготовки донорской крови достиг 1,8 тыс. т, сообщила начальник Управления организации службы крови ФМБА России Ольга Эйхлер. Кроме того, существует небольшой запас свежезамороженной плазмы крови со сроком хранения до 3 лет, которая может быть передана для переработки на препараты.

ВОЗ констатирует, что только 33 человека из тысячи в странах с высоким уровнем доходов становятся донорами

«В 2016 г. мы фиксируем в нашей стране 112 станций крови и центров крови, 294 отделения переливания крови в учреждениях здравоохранения, где осуществляется заготовка крови и её компонентов. Ситуация с заготовкой стабильная, учреждения заготавливают те компоненты, в которых испытывает потребность здравоохранение. Не стоит задача, чтобы наращивать объёмы, заготовка идёт по мере необходимости, объёмы составляют 1,8 тыс. т цельной крови», – рассказала О.Эйхлер, обратив внимание, что во время чрезвычайных происшествий потребность в донорской крови увеличивается.

В то же время специалисты считают, что подготовка врачей в области применения донорской крови и её компонентов должна быть более разносторонней и широкой. Об этом, в частности, заявил на пресс-конференции «Итоги реализации проекта «Права донора и реципиента. Развитие системы общественного контроля в сфере донорства крови» заведующий отделением экстракорпоральных методов лечения и детоксикации Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова Олег Рогачевский.

«К сожалению, могу сказать, что у нас в стране не всё так хорошо с рациональным использованием крови. Благодаря Координационному центру по донорству крови при Общественной палате РФ мы можем обучать наших врачей-коллег в регионах, как правильно и рационально использовать донорские компоненты».

По данным последнего исследования по изучению целесообразности трансфузий донорских компонентов, проведённого в Великобритании в 2015 г., было выявлено, что в 70% случаев трансфузии были назначены необоснованно. Если же говорить о глобальных трендах, то весь мир сейчас двигается по пути развития кровесберегающих технологий. «Трансфузия донорской крови это фактически пересадка чужеродной ткани. И сегодня весь мир идёт по пути развития медицинской науки, чтобы уменьшить потребность в трансфузиях донорских компонентов и снизить тем самым риски, которые связаны с донорством», – заявил О.Рогачевский.

В июне 2016 г. в Госдуму РФ внесён законопроект, отменяющий Технический регламент о требованиях к безопасности крови, её продуктов, кровезамещающих растворов и технических средств, используемых в трансфузионно-инфузионной терапии.

Правительство РФ планирует, кстати, индексировать в 2017 г. ежегодную выплату почётным донорам крови и её компонентов по инфляции за 2015-2016 гг. По словам О.Эйхлер, согласно действующей практике, ежегодная выплата почётному донору составляет 12 473 руб., право на неё в 2016 г. имеют свыше 583 тыс. человек. Выплаты донорам в текущем году составили 7,1 млрд руб., большую часть этой суммы выплатили до 1 апреля.

Между тем, как сообщают информагентства, в общеобразовательных школах Петербурга в 2017 г. пройдут донорские уроки, вести которые будут специалисты городской станции переливания крови. Старшеклассникам расскажут о донорстве крови, в том числе о том, полезно ли человеку периодически сдавать кровь.

«Контингент доноров через несколько лет нужно будет омолаживать, поэтому мы считаем нужным именно сейчас начинать рассказывать ученикам о донорстве крови. Когда им исполнится 18 лет, они смогут сдать кровь, располагая всеми знаниями о донорстве», – объяснил идею таких уроков специалист по пропаганде донорства станции Станислав Давыдов.

Помимо донорских уроков, запланированы экскурсии на городскую станцию переливания крови. Там школьники смогут не только получить ответы на свои вопросы, но и наглядно увидеть «путь крови» от донора до лечебного учреждения.

Валентин МАЛОВ.
МИА Cito!

Пресс-конференции

Школьники должны быть здоровыми

На это настроены медики и педагоги Москвы

Столичные власти планируют до конца нынешнего года привить от гриппа 80% учащихся детских садов и школ. Об этом в ходе совместной пресс-конференция департаментов здравоохранения и образования Москвы на тему: «Новый учебный год: здоровье ребёнка» сообщила заместитель главного врача Центра медицинской профилактики Департамента здравоохранения Людмила Большакова. Участники мероприятия обсудили совместную работу врачей и педагогов, благодаря которой удалось создать эффективную систему профилактики детских заболеваний в Москве. Особое внимание уделили подготовке ребёнка к новому учебному году.

Как известно, число первоклассников в столице растёт. В этом году столичные школы откроют свои двери для 100 тыс. первоклашек. Система здравоохранения Москвы создала условия, чтобы родители могли быстро (за один визит, без очереди) и в удобное время получить справки для школы или детского сада.

«В этом году мы должны обеспечить вакцинирование против гриппа 80% дошкольников и школьников, что позволит при заносе инфекции не распространяться заболеванию по школам и не закрывать их на карантин», – заявила Л.Большакова, уточнив, что вакцинация стартует в начале сентября.

В свою очередь, главный специалист Департамента здравоохранения Москвы по первичной медико-санитарной помощи детскому населению Лариса Картавцева отметила, что в преддверии нового учебного года столичные поликлиники перешли на усиленный режим работы.

Завтра начнётся новый учебный год!..

«Чтобы сделать более удобным подготовку к школе и дошкольным учреждениям, детские столичные поликлиники перешли на усиленный режим работы с 15 августа. Также работают два кабинета «Здоровое детство», которые помогают разгрузить работу участковых педиатров, где можно: справки, направления и т.д.», – отметила Л.Картавцева.

Примечательно, что благодаря активной вакцинации населения в Москве удалось практически ликвидировать такие заболевания, как краснуха и корь. Так, в нынешнем году зафиксировано лишь 3 случая заболевания корью (в 2015 г. – 230), что говорит о 99%-ном снижении количества случаев этой болезни. Охват привитых против кори москвичей в возрасте до 35 лет превышает рекомендованные ВОЗ 95%. По данным Роспотребнадзора, заболеваемость корью в РФ снизилась почти в 12 раз в первом полугодии этого года.

«После начала активной вакцинации населения, например, против краснухи, у нас в течение 3 лет дети уже не болеют ею, в этом году было только 5 случаев среди взрослых», – отметила Л.Большакова.

«Перед началом учебного года в столичных детских поликлиниках появится новая услуга – e-mail-информирование родителей о необходимости медобследования детей и своевременном получении справок для школ, – сообщил заместитель руководителя Департамента здравоохранения Москвы Алексей Погонин. – В этом году с целью повышения удобства и информированности мы будем всем родителям, чьи электронные адреса у нас есть в базе, рассылать письма, где будет указан режим работы наших лечебных учреждений и порядок получения справок и других необходимых документов».

«Все столичные школы, в которых функционируют медицинские классы, получили специальное оборудование для занятий, – подчеркнула заместитель руководителя столичного Департамента образования Татьяна Васильева. – В проекте «Медицинский класс» участвуют 62 московские школы. В этом году их количество ещё увеличится, это станет понятно в конце сентября. Профиль реализуется на базе старших классов. У школ есть серьёзные профессиональные партнёры, это Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова и клиническая база Департамента здравоохранения Москвы. Для 62 школ в этом году поставлены большие комплекты специального оборудования – кардиографы, манекены для оказания первой помощи и др. Огромный набор из 95 позиций пришёл в каждую школу. Его можно использовать, в том числе, и на уроках ОБЖ», – уточнила она.

Валентин СТАРОСТИН.

Москва.

Фото Юрия ЛУНЬКОВА.

Наши коллеги

Быстроходная яхта психиатра Кандинского

Ценность этой больницы – в многофункциональности

Кто из врачей, посвятивших себя служению медицине в области психического здоровья, не слышал о синдроме Кандинского – Клерамбо, или учении о невменяемости – основе основ отечественной судебной психиатрии! Ровно 140 лет назад выпускник медицинского факультета Московского университета Виктор Кандинский, успев поработать ординатором во Временной больнице, был призван на военно-морской флот, а вскоре в качестве судового доктора на минном транспорте «Великий князь Константин» уже участвовал в атаке вражеской турецкой яхты «Султание». Доподлинно известно, что во время боя на Батумском рейде будущий выдающийся русский психиатр перенёс свой первый психотический приступ. Он спрыгнул в попытке самоубийства за борт, но был спасён, а потом списан по нездоровью на берег. Душевная болезнь, что называется, пинком вытолкнула «соматического» врача в психиатрию. И тот, будучи до конца своей недолгой трагической жизни простым ординатором больницы им. Святого Николая Чудотворца в Санкт-Петербурге, занимался ею сколь плодотворно, столь и самоотверженно.

Память о враче, который впервые в российской медицине обосновал понятие психопатий и перечислил ряд признаков шизофрении, опираясь на собственную историю болезни, рискованные эксперименты и глубокий самоанализ, живёт не только во многих тысячах больничных историй потомков, но и в присвоении его имени психиатрической клинике в далёком Забайкалье. Такая больница открылась три года назад. Но многие ли знают об этом?..

Психиатр В.Х.Кандинский

Земляк из Бянкино

Вообще-то Краевая клиническая психиатрическая больница, будучи ещё без именной приставки «В.Х.Кандинского», приняла первых пациентов гораздо раньше – в 1993 г. «Психиатрической» определили квартировать не в самой Чите, а на далёкой её окраине в приспособленных отремонтированных «развалюхах». Учрежденческие подразделения и службы, в том числе отделение принудительного лечения специализированного типа для психических больных, совершивших противоправные действия, которые развернули немного позднее в реконструированном кирпичном здании бывшей спецкомендатуры, размещались в трёх пригородных посёлках. В десятках километров друг от друга!

Казалось бы, влачить забайкальскому «жёлтому дому» многотрудное существование до самого морковкина заговенья, то есть до бесконечности. Но нет. Строительство в Чите новой психиатрической больницы на 600 коек началось в 2008 г. в рамках Федеральной программы по экономическому и социальному развитию Сибири и Дальнего Востока. В первую очередь сдачи вошли 5 лечебных корпусов, лечебно-диагностический корпус, пищеблок, прачечная, гараж, проходная.

– С их вводом постепенно улучшились условия пребывания пациентов в остальных подразделениях, – вспоминает приснопамятные радостные дни первый и по сию пору действующий главный врач больницы Ольга Ступина. – Ведь был закрыт наш филиал в посёлке Черновские, откуда больных, находившихся на принудительном лечении, страдающих хроническими психическими заболеваниями, а также отделение амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы перевели в посёлок Ивановка. А из посёлка Береговой в новый больничный комплекс переселились психотуберкулёзные пациенты и больные геронтологического профиля. Кроме того, мы объединились с психоневрологическим диспансером, чем нарастили дополнительные ресурсы.

Обход палат психоневрологического отделения главным врачом профессором Ольгой Ступиной (в центре)

Сегодня психиатрическая служба Забайкальского края организована в строгом соответствии с Порядком оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения. Добиться того в отсутствие современных лечебных площадей и вытекающих из новоселья разносторонних перемен, как убеждена главный психиатр краевого Минздрава, доктор медицинских наук, профессор, кавалер медали ордена «За заслуги перед Отечеством» II степени О.Ступина, вряд ли было возможно.

Открытие шикарного научно-практического комплекса психиатрического профиля, близкого подобия которого нет ни в одном регионе азиатской части страны, состоялось в 2013 г. Своё же название больница получила с лёгкой руки главного детского психиатра Минздрава России профессора Евгения Макушкина. Именно Евгений Вадимович внёс предложение присвоить выросшему в крупнейшем спальном районе на северо-западе Читы многофункциональному специализированному учреждению имя В.Х.Кандинского, и медицинская общественность края за пожелание с благодарностью ухватилась. Чему есть резонное объяснение: выдающийся русский врач и учёный приходится земляком забайкальцам, правнуком известного сибирского купца-миллионера, родился-то он на реке Шилке, в селе Бянкино, откуда и уехал навсегда 14-летним подростком в центральную Россию.

Дом № 125 по улице Садовой в Санкт-Петербурге, где он жил

Фамилию Кандинский носил также его не менее знаменитый родственник Василий – живописец и теоретик изобразительного искусства с мировой известностью. И если память об основоположнике абстракционизма увековечена в названии кратера планеты Меркурий и на борту одного из воздушных судов «Аэрофлота», то чем, собственно, хуже основоположник отечественной психиатрии?

С лодки на корабль

Как корабль назовёшь, так он и поплывёт. С тех пор, как больницу с дырявой деревянной лодки «перегрузили» на элегантную быстроходную яхту и учреждение удостоилось чести носить имя человека, прославившего отечественную школу психического здоровья, многое изменилось.

Широкое применение в Краевой клинической больнице им. В.Х.Кандинского получили амбулаторная, внебольничная, полустационарная и стационарозамещающая формы оказания медицинской психиатрической помощи. Новой тенденцией стал перенос акцента в развитии службы со стационара на внебольничное звено. Сегодня в просторных корпусах больницы размещено 350 стационарных коек, и из них только 255 – круглосуточных. Остальные в большинстве своём имеют «дневное» назначение, в отделении психотерапевтической помощи развёрнуты кризисные койки.

Лечение в клинике оказывается в профильных отделениях: интенсивного оказания психиатрической помощи, первого психотического эпизода, геронтологическом для больных с сосудистыми заболеваниями, болезнью Пика и болезнью Альцгеймера, медико-психосоциальной работы в амбулаторных условиях; в кабинете активного диспансерного наблюдения и проведения амбулаторного принудительного лечения; в отделении «Телефон доверия». Крепкими подпорками знаниям и опыту врачей, среднего медицинского персонала служит современное рентгенологическое, нейрофизиологическое, ультразвуковое, физиотерапевтическое, реанимационное оборудование.

Палата интенсивной терапии для пациентов, которым показаны шоковые методы лечения

В рамках комплексного подхода к организации психиатрической помощи практикуются различные психологические тренинги пациентов, в том числе противорецидивные, организовано психологическое сопровождение родственников, проводится арт-терапия, терапия занятостью, терапия средой, ЛФК, в почёте – активные игры на свежем воздухе в летнее время и настольные игры – шахматы, шашки, теннис, командные соревнования между отделениями по волейболу, футболу.

В учреждении определён чёткий порядок решения проблем пациентов, страдающих депрессиями, пограничными состояниями, а также тех, кто заболел впервые. Один из принципов организации процесса лечения в Краевой клинической психиатрической больнице им. В.Х.Кандинского – раздельное пребывание «дебютных» больных и тех, кто лечится в стационаре уже неоднократно.

Работа клиники первого психотического эпизода происходит как в стационарных, так и во внебольничных условиях. Пациент при первых трёх эпизодах и стаже болезни не более 5 лет, поступая в клинику, получает медицинские пособия в комфортных условиях с применением современных методов психофармакотерапии с наименьшими противопоказаниями и побочными эффектами. Из круглосуточного стационара он переводится в отделение интенсивного лечения, где помощь оказывается на дому, а затем и амбулаторно. Опыт показывает, что такие технологии позволяют добиваться лучших результатов, сокращают сроки госпитализации, не нарушая принципа преемственности между стационарной и внебольничной помощью. Не последняя задача, поставленная перед специалистами клиники – научить пациентов с пограничными состояниями жить в привычной для них среде. А принципам правильного общения с «пограничниками» здесь же обучаются родственники.

В больнице с высокой интенсивностью работает не только дневной стационар для взрослых, но и для детей, в том числе для ребятишек с аутистическим спектром расстройств. Уже не в диковинку забайкальцам и ночной стацио-

Корпуса больницы имени знаменитого уроженца забайкальской земли

нар для лечения невротических реакций, синдрома хронической усталости, различных кризисных проблем. Ночной стационар – это шанс пройти психологическую разгрузку при невозможности оставить работу, чтобы психотравмирующая ситуация не стала толчком в большую психиатрию.

Также в стенах новой больницы получила безо всякого преувеличения стремительное развитие и геронтопсихиатрическая помощь, которая налажена в тесном взаимодействии с социальными службами краевой столицы. В отделении геронтологии пожилым пациентам оказываются бесплатные медицинские пособия при психозах. А на платной основе в достойных условиях осуществляется специализированный уход в случае отъезда их близких. К пациентам «серебряного» возраста «приставлены» не единственно психиатры, но и терапевты, а при необходимости придут на выручку реаниматологи. Тут освоены лечебные технологии, адресованные ослабленным и тяжёлым больным, действует палата интенсивной терапии, куда переводят подопечных при обострении соматических заболеваний. Палата интенсивной терапии используется и для оказания помощи больным с анорексиями, для проведения шоковых методов лечения ЭСТ, ФИКТ с целью снижения резистентности, а также по жизненным показаниям при лечении тяжёлых депрессивных расстройств.

При больнице и психиатрическом диспансере в целях создания благоприятной терапевтической среды действуют мобильные выездные бригады, один из основных принципов организации работы которых – полипрофессиональность. В состав каждой бригады включены: психиатр, психотерапевт, психолог, специалист по социальной работе, медицинская сестра.

В больнице функционируют и отделения принудительного лечения общего и специального типов. Большое значение уделяется ресоциализации больных, среди которых немало людей молодых, что, конечно же, не может не влиять на сокращение случаев повторных противоправных действий общественно опасных пациентов. Для Забайкальского края оно необходимо по «жизненным показаниям»: в прошедшем году уровень подростковой преступности в регионе стал самым высоким по стране.

Скажем, от чего «душа болит»

Сотрудники Краевой клинической психиатрической больницы, будто сговорившись, стремились донести до автора этих строк одну и ту же мысль: ценность «Кандинского» – в многофункциональности! И это действительно так. Ещё несколько лет назад казалось немыслимым, что наступит время, когда кризисная служба будет так неимоверно легка на подъём. Сегодня она представлена в больнице и стационарным психотерапевтическим отделением, и кабинетом медико-социальной психологической помощи, и целым отделением «Телефон доверия».

Комиссионный осмотр перед плановой госпитализацией в женское общепсихиатрическое отделение

Ольга Соколова, супервизор отделения «Телефон доверия», главный медицинский психолог Минздрава Забайкальского края привела стандартный случай из практики кризисного центра, действующего в структуре больницы.

Её пациентка, 22-летняя Катя недавно окончила институт, вышла замуж, забеременела – и скоро появились проблемы. Беременность – состояние практически волшебное, ну, во всяком случае, упоительное, однако не в случае, когда у будущей мамы имеется длительное время гипертонус матки. Чреватый самопроизвольным выкидышем, он может быть вызван, в том числе, стрессом и другими причинами, лежащими в области психики. Обратиться в кризисную службу психиатрической больницы молодой женщине рекомендовала гинеколог, не выявившая соматической патологии. Когда человек знает, от чего у него «душа болит», он никогда не пойдёт к психологу. Катя не знала, и Ольга Владимировна предложила искать причину вместе.

Сколько клинических медицинских психологов, столько и методов помощи. Для начала специалист выбрала технику «волшебной сказки». Пациентка получила карту с «телом человека» и предложение раскрасить её в разные цвета. Перед этим психолог попросила представить себя правителем волшебной страны, в которой царила идиллия, пока не налетел ураган, и краски не потеряли свои дома. Нужно было вернуть краскам – а каждая обозначала то или другое человеческое чувство: радость, любовь, злость, обиду, грусть и т.д. – их прежние обители.

Ольга Владимировна вспоминает, не скупясь на подробности:

– Повинуясь моей просьбе, Катя несколько минут водила по картонке фломастерами. Живот на «теле человека» она на бессознательном уровне закрасила в цвет обиды. Спрашиваю: «Почему на живот обиделась?» «Ничуть не обиделась! Я замужем, у меня будет желанный ребёнок», – произносит. Моя работа устным словом и через творческое действие продолжается. Я прибегаю к одной из трансовых методик, предлагаю виртуальную прогулку по дну океана. На вопрос, что она видит, моя спутница называет кораллы и восторгается по поводу их причудливых, фантастических форм. В какой-то момент она сообщает мне, что наблюдает морскую красную звезду: «Можно я её с собой возьму?» «Ну, возьми… А зачем тебе?» – интересуюсь я. «Чтобы людям показать», – звучит в ответ. Когда мы вышли из состояния транса, я начала допытываться: «Вот ты подняла с морского дна красную звезду. Если переложить на жизнь, то что это?» Катя задумалась, и вдруг лицо её просветлело. Как будто на неё нашло озарение. «Так это же мои университетские корочки! – выдохнула она. – Ну, всё правильно: моя подруга окончила вуз с синим дипломом, и её на работу взяли, а меня, «краснодипломницу», – нет, потому что я беременна».

Клинический разбор пациента на кафедре психиатрии, наркологии и медицинской психологии Читинской ГМА

Вот он, момент истины, объяснивший безотчётную обиду на животик… Осознание истоков обиды стало лекарством. Симптомы угрозы выкидыша в дальнейшем не беспокоили молодую женщину, побывавшую на консультации в кризисном центре краевой психиатрической клиники. Поскольку причин для паники более не было, она спокойно доносила плод в оставшиеся триместры беременности и родила здорового ребёнка.

Барометр показывает на «ясно»

Многофункциональность больницы им. В.Х.Кандинского нашла выражение ещё и в том, что лечебное учреждение позиционирует себя как большую учебную аудиторию, всегда открытую студентам Читинской государственной медицинской академии и Читинского медицинского колледжа. Да, ККПБ – клиническая база для их подготовки. Именно здесь работает кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии ЧГМА. Наличие таковой позволяет заниматься профильным образованием будущих специалистов, осуществлять переподготовку врачей для медицинских организаций психиатрического профиля, реализовывать намеченные научные программы. Лечебную и научную деятельность в клинике ведут 3 доктора и 2 кандидата медицинских наук – штатные сотрудники ККПБ. Кстати, не порывает связи с кафедрой её предыдущий заведующий, а ныне координатор Общероссийского народного фронта по мониторингу качества и доступности здравоохранения, депутат Госдумы РФ, заслуженный врач РФ Николай Говорин.

Само собой разумеется, в одном из кафедральных помещений устроен «уголок» Виктора Хрисанфовича Кандинского… Кажется, что только здесь застопорен бег времени: архивные фотографии, исторические документы не терпят торопливого просмотра. Ну а лечебная часть «быстроходной яхты Кандинского» – та горазда на эволюционные изменения, когда к ней для лучшего «хода» краевой психиатрической службы надстраивают дополнительные палубы. В этом году, например, начат второй этап реорганизации, суть которого в присоединении к клинике Краевой психиатрической больницы № 1.

Объединение двух медицинских организаций поможет отработать новую схему маршрутизации пациентов и решить ряд принципиальных задач. Первейшая среди них – поднять на очередную ступень качество помощи всем категориям пациентов с психическими и поведенческими расстройствами. Предложенная схема маршрутизации, в свою очередь, позволит изрядное количество непрофильных больных перевести в дома-интернаты, улучшить содержание подросткового и детского контингента, более чётко распределить пациентские потоки по гендерным, возрастным и нозологическим формам.

Реформа распахнёт двери центра когнитивных расстройств. С его открытием специалисты будут вести профилактику ранних когнитивных нарушений, их диагностику, а также лечение во внебольничной сети, в условиях круглосуточного стационара и стационара на дому. Что ж, в стареющем обществе неуклонно растёт медико-социальная значимость проблемы когнитивных расстройств и деменции, и читинские специалисты резонно держат «нос по ветру»…

– У нас, медицинских управленцев, нет сомнений в том, что увеличение объёмов внебольничной помощи приведёт к переносу акцента на стационарозамещающие технологии. Следовательно, произойдёт нивелирование «явления госпитализма», что поспособствует лучшей адаптации больных, увеличит срок их проживания в семье, дома, в привычных для них условиях. Это должно в целом повысить комплаенс пациента и врача, создать положительный настрой на лечение, – считает главный врач профессор О.Ступина.

Консультирование по анонимной линии «телефон доверия» – это моментальная поддержка человека в острой психотравмирующей ситуации специально обученными специалистами 24 часа в сутки

Наконец, в ходе реорганизации планируется изменить тип учреждения – с казённого на бюджетное. В «Кандинском» появится возможность открыть специальный счёт, куда будут перечисляться доходы от предпринимательской и иной приносящей доход деятельности, что позволит направлять заработанные клиникой финансовые средства на закупку медикаментов и расходных материалов для пациентов, на оплату ГСМ для больничного транспорта.

…В некрологе, опубликованном в немецком журнале, автор писал, что Кандинский «до последнего мгновения был занят наукой. Его записки окончились словами: «Я не могу больше писать потому, что не вижу больше ясно. Света! Света!»

Что не отнять у «воплощённого в больницу, строчки и другие долгие дела» (немного перефразируем Маяковского) забайкальского «Кандинского», так это безошибочно проложенного для него лоцманами от здравоохранения курса к свету, то есть к восстановлению на исключительно современных принципах психического здоровья своих земляков. А барометр в «капитанской рубке» главного врача Ольги Ступиной всегда показывает на «ясно»…

Владимир КЛЫШНИКОВ,
спец. корр. «МГ».

Санкт-Петербург – Чита.

Фото автора.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 61 (2000)

Лекарственно-индуцированные поражения печени

(Продолжение. Начало в № 64 от 26.08.2016.)

Беременность, стресс, бедное белками питание увеличивают риск токсичности медикаментов. Медикаменты, которые являются энзиматическими индукторами, могут потенцировать действие другого препарата. В современной клинической практике широко распространено комбинированное применение лекарств, что связано с наличием у пациента нескольких заболеваний или недостаточной эффективностью монотерапии. При комбинированной терапии возможно взаимодействие лекарств. Так, риск развития гепатита увеличивается у больных, одновременно принимающих рифампицин и изониазид. При этом гепатиты возникают в 5-8% случаев, тогда как при монотерапии изониазидом возникновение гепатитов наблюдается в 1,2% случаев, при монотерапии рифампицином - 0,3%.

Потенциально опасные комбинации лекарств являются серьёзной клинической проблемой. Имеются данные, что от 17 до 23% назначаемых врачами комбинаций лекарств являются потенциально опасными. Только в США из-за непредусмотренного взаимодействия лекарств умирает 48 тыс. больных в год. Управление по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств США (FDA) сняло с регистрации несколько лекарств (в том числе прокинетик цизаприд) по причине их потенциально опасных взаимодействий с другими лекарствами, приводивших, в том числе, и к летальным исходам.

Основные механизмы взаимодействий лекарств связаны с изменением их фармакокинетики или фармакодинамики. Наиболее существенными, согласно современным представлениям, являются изменения фармакокинетики при метаболизме лекарств с участием цитохромов Р-450.

Примером опасного взаимодействия является недавно обнаруженное взаимодействие ингибиторов протонной помпы (ИПП) и клопидогреля, широко применяемого при лечении больных ишемической болезнью сердца. Для уменьшения риска гастроинтестинальных осложнений больным, получающим ацетилсалициловую кислоту в комбинации с клопидогрелем, назначают ИПП. Поскольку биоактивация клопидогреля происходит с участием CYP2C19, приём ИПП, метаболизируемых этим цитохромом, может снизить активацию и антиагрегантный эффект клопидогреля. В мае 2009 г. на конференции Общества сердечно-сосудистой ангиографии и вмешательств (SCAI) были представлены данные, свидетельствующие, что одновременное использование клопидогреля и ИПП значительно повышает риск возникновения инфаркта миокарда, инсульта, нестабильной стенокардии, необходимости повторных коронарных вмешательств и коронарной смерти.

Примеры взаимодействия лекарственных препаратов, обусловленного индукцией ферментов печени, представлены на рис. 4.

Гепатотоксические реакции, возникающие при применении салицилатов, тетрациклинов и антиметаболитов зависят от дозы лекарств. Поражения печени, обусловленные лекарственной идиосинкразией, могут возникать при воздействии любых медикаментов. Так, например, галотан, изониазид и парацетамол могут вызвать массивный некроз печени; метилдофа - острый или хронический гепатит. Повреждения печени, связанные с лекарствами, обычно проявляют себя бессимптомным повышением печёночных ферментов, то есть протекают субклинически, являясь «биохимической находкой» (безжелтушный вариант течения ОЛГ). Дальнейший приём препаратов, вызвавших безжелтушный ОЛГ, может привести к развитию тяжёлых лекарственных гепатитов, сопровождающихся желтухой.

В большинстве случаев осложнения со стороны печени реализуются изолированным повышением уровня аминотрансфераз, без отчётливых клинических проявлений или сопровождаются астеническим синдромом. Бессимптомное повышение уровня аминотрансфераз может наблюдаться при использовании таких лекарственных средств, как изониазид, допегит, амиодарон. При повторном приёме перечисленных препаратов могут развиться тяжёлые гепатиты со смертельным исходом. Поэтому на изолированное повышение активности аминотрансфераз необходимо обращать внимание, так как оно может свидетельствовать о развитии лекарственной патологии печени. Диапазон клинических проявлений лекарственных поражений печени разнообразен – от небольшого повышения уровня аминотрансфераз, не сопровождающегося клинической симптоматикой, до молниеносных гепатитов и развития циррозов. У человека лекарственные поражения могут напоминать почти все существующие заболевания печени (см. рис. 5).

Лекарственные гепатиты, сопровождающиеся желтухой, могут протекать по цитолитическому, холестатическому или смешанному варианту. В ряде случаев может развиваться псевдохирургическая симптоматика (боли в животе, лихорадка, желтуха, увеличенный желчный пузырь). К лекарствам, способным вызвать острую псевдохирургическую симптоматику, относятся цитостатики, антидепрессанты, антиаритмические препараты. Фактором, способствующим переходу гепатита в хронический, является длительный приём лекарств.

Диагностика ЛИПП

Диагностика лекарственно-индуцированных поражений печени представляет сложную проблему. Предлагается несколько критериев, позволяющих уточнить диагноз и подтвердить её лекарственный характер:

– хронология возникновения осложнений;

– регресс клинической симптоматики после отмены лечения;

– рецидив осложнения после повторного введения препарата;

– отсутствие другой возможной этиологии;

– результаты лабораторно-инструментальных и морфологических исследований.

Хронологический критерий очень показателен, хотя время появления осложнений после приёма лекарства крайне разнообразно – от несколько дней (иногда нескольких часов) до нескольких недель и месяцев. В случае полипрагмазии хронологический фактор очень трудно оценить.

В процессе диагностики важным является сбор анамнеза по приёму пациентом лекарственных препаратов. В таблице 1 представлены отдельные препараты и вызываемые ими типы лекарственных поражений печени.

Регресс клинических признаков осложнения после отмены лечения – довольно чёткий диагностический признак. Регресс может быть длительным (более месяца), при этом учитывается нормализация уровня аминотрансфераз. При повторном применении лекарства, ранее уже вызвавшего гепатит, рецидив осложнения рассматривается как результат действия данного лекарства.

В ряде работ указывается на необходимость дифференциальной диагностики между медикаментозными гепатитами и вирусными гепатитами, гепатомой, первичным билиарным циррозом печени, алкогольным гепатитом. Кроме того, важно исключить поражение печени вследствие тяжёлого инфекционного заболевания, шока, сердечно-сосудистой недостаточности, глистных инвазий, заболеваний желчных путей.

К исследованиям, позволяющим проводить дифференциальную диагностику ЛИПП с другой возможной патологией печени, относятся биохимические исследования сыворотки крови (спектр печёночных ферментов), иммуноферментный анализ (маркёры вирусных гепатитов и опухолевого процесса) и инструмен-

Рис. 5. Заболевания, связанные с лекарственно-индуцированными поражениями печени

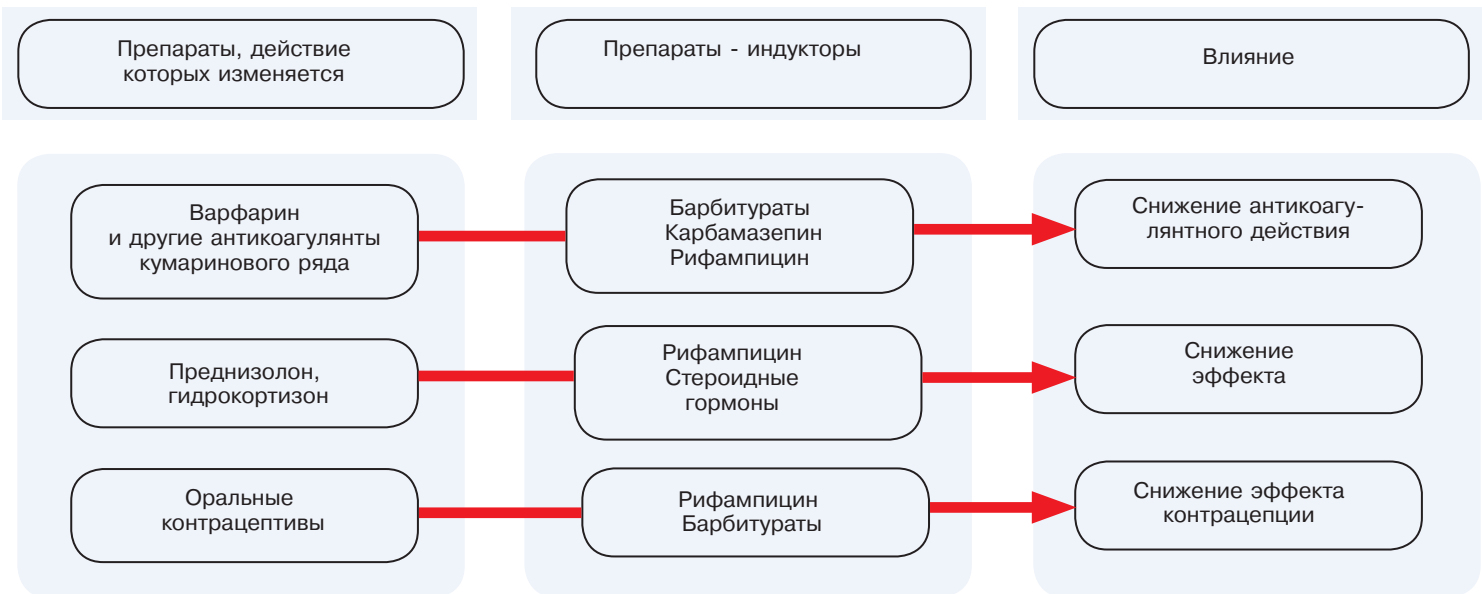

Рис. 4. Взаимодействие лекарственных препаратов

Таблица 1

Формы лекарственных поражений печени и некоторые препараты, которые их вызывают

Патология	Препараты
Острые поражения	
Острый гепатит	Дапсон, дисульфирам, изониазид, индометацин, фенитоин, сульфаниламиды
Фульминантная печёночная недостаточность	Парацетамол, фиалуридин, кетоконазол, флуконазол, галотан, изониазид, метилдофа, никотиновая кислота, нитрофурантоин, пропилтиоурацил, вальпроевая кислота, флутамид
Внутрипечёночный холестаз	Амитриптилин, ампициллин, карбамазепин, аминазин, циметидин, ранитидин, каптоприл, эстрогены, триметоприм-сульфаметоксазол, тиабендазол, толбутамид
Смешанные (воспалительно-холестатические)	Карбимазол, хлорпропамид, диклоксациллин, метимазол, диклофенак, напроксен, фенилбутазон, сулиндак, фенитоин, тиоридазин
Гранулематозный гепатит	Аллопуринол, дапсон, диазепам, дилтиазем, гидралазин, пенициллин, фенилбутазон, фенитоин, хинидин, прокаинамид, сульфаниламиды
Макровезикулярный стеатоз	Глюкокортикоиды, L-аспарагиназа, метотрексат, миноциклин, нифедипин, полное парентеральное питание
Микровезикулярный стеатоз	Амиодарон, ацетилсалициловая кислота, азидотимидин, диданозин, фиалуридин, пироксикам, тетрациклины, толметин, вальпроевая кислота
Синдром Бадда – Киари	Эстрогены
Ишемический гепатит	Никотиновая кислота, метилендиоксиамфетамин
Хронические поражения	
Хронический гепатит	Метилдофа, изониазид, нитрофурантоин
Стеатогепатит	Амиодарон, диэтилстилбэстрол, полное парентеральное питание
Фиброз/цирроз	Метилдофа, изониазид, метотрексат
Пелиоз	Анаболические и андрогенные стероиды, азатиоприн, гидроксимочевина, пероральные контрацептивы, тамоксифен
Фосфолипидоз	Амиодарон, пергексилен, дилтиазем, нифедипин
Деструктивный холангит	Аминазин, галоперидол, прохлорперазин
Склерозирующий холангит	Флоксуридин
Веноокклюзионная болезнь	Азатиоприн, бусульфан, циклофосфамид, даунорубицин, тиогуанин, алкалоиды пирролизидина
Опухоли	
Фокальная нодулярная гиперплазия	Эстрогены, пероральные контрацептивы
Аденома	Эстрогены, пероральные контрацептивы
Гепатоцеллюлярная карцинома	Анаболические и андрогенные стероиды
Холангиокарцинома	Торотраст
Гепатобластома	Эстрогены
Ангиосаркома	Мышьяк, винилхлорид, торотраст

тальные методы исследования (УЗИ, КТ, лапароскопия с биопсией печени, ЭРХПГ).

Большая роль в диагностике типа лекарственного поражения печени принадлежит оценке биохимических проб печени – АЛТ, АСТ, ГГТП и ЩФ. В зависимости от значений показателей АЛТ и ЩФ выделяют три типа повреждения печени: гепатоцеллюлярные, холестатические и смешанные (см. рис. 6).

В Рекомендациях по диагностике и лечению ЛИПП у лиц с подозрением на гепатоцеллюлярные или смешанные ЛИПП предлагаются следующие действия:

– острый вирусный гепатит (А, В и С) и аутоиммунный гепатит должны быть исключены с помощью стандартных серологических тестов и РНК ВГС;

– тестирование на анти-HEV на IgM не может быть рекомендовано ввиду неясных характеристик имеющихся в настоящее время лабораторных тестов, однако оно должно рассматриваться с повышенной клинической настороженностью (например, в случае недавней поездки в эндемичный район);

– тестирование на острую цитомегаловирусную инфекцию, острый Эпстайна – Барр вирус или острый вирус герпеса следует провести, если исключены классический вирусный гепатит или отсутствуют клинические особенности таких нетипичных заболеваний, как лимфоцитоз и лимфаденопатия;

– синдром Бадда – Киари и болезнь Вильсона – Коновалова должны быть рассмотрены, когда это клинически целесообразно.

У лиц с подозрением на холестатические ЛИПП предлагаются следующие действия:

– исследования брюшной полости (УЗИ или компьютерная томография) должны выполняться во всех случаях для исключения патологии желчевыводящих путей и инфильтративных процессов;

– серологическое тестирование на первичный билиарный цирроз должно быть ограничено, если на изображениях брюшной полости нет очевидных доказательств патологии желчевыводящих путей;

– при проведении эндоскопической ретроградной холангиографии следует ограничить случаи, когда обычные изображения не могут исключить камни в общем желчном протоке, первичный склерозирующий холангит или панкреатобилиарные новообразования.

При обсуждении целесообразности проведения биопсии печени необходимо учитывать следующие обстоятельства:

– биопсию печени следует делать, если аутоиммунный гепатит остаётся конкурирующим в этиологии и предполагается иммуносупрессивная терапия:

– биопсия печени может быть сделана в следующих ситуациях:

при повышенных уровнях биохимических показателей печени или если есть признаки ухудшения функции печени, несмотря на исключение подозрительных гепатотоксических препаратов;

если пиковый уровень аланинаминотрансферазы (АЛТ) не уменьшился на > 50% за 30-60 дней после начала лечения в случаях гепатоцеллюлярного ЛИПП, >50% за 180 дней в случаях холестатического ЛИПП, несмотря на исключение подозрительных гепатотоксических препаратов;

в тех случаях ЛИПП, когда продолжается использование или повторно используются гепатотоксические препараты;

в случае отклонения биохимических показателей печени от нормальных на 180-й день лечения, чтобы оценить наличие хронических заболеваний печени и хронических ЛИПП.

При оценке биохимических проб печени выделяют синдромы цитолиза, холестаза, иммунного воспаления и печёночно-клеточной недостаточности.

Для синдрома цитолиза при повреждении печени без холестаза и аутоиммунных нарушений характерно повышение в сыворотке крови АЛТ, АСТ, с нормальным содержанием щелочной фосфатазы (ЩФ), гамма-глутамилтранспептидазы (ГГТП), гамма-глобулинов. Для интралобулярного холестаза характерно повышение уровня АЛТ, АС, ГГТП, возможно ЩФ, но не более двух норм. При экстралобулярном (дуктулярном) холестазе происходит повышение уровней АЛТ, АСТ, ГГТП, а также ЩФ в два и более раз. В случае аутоиммунного генеза повышаются уровни АЛТ, АСТ, гамма-глобулинов в полтора и более раз, циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК), иммуноглобулинов.

Биохимическими маркёрами синдрома холестаза являются повышение в сыворотке крови ГГТП, ЩФ и, в ряде случаев, общего билирубина с преобладанием конъюгированного. При интралобулярном холестазе отмечается или изолированное повышение уровня ГГТП (гепатоцеллюлярный холестаз), или повышение уровня ГГТП в сочетании с увеличением, не превышающим двукратный уровень содержания ЩФ (каналикулярный холестаз). Для экстралобулярного (дуктулярного) холестаза характерно повышение уровня ГГТП и содержания ЩФ, превышающее норму в 2 и более раза.

Для синдрома иммунного воспаления характерно наряду с повышением уровня АЛТ и АСТ увеличение содержания гамма-глобулинов в полтора и более раз, а также ЦИК и иммуноглобулинов.

При наличии синдрома печёночно-клеточной недостаточности отмечается снижение протромбинового индекса или увеличение протромбинового времени и нередко – уровня альбуминов.

Классификация поражений печени, основанная на критериях Совета международных научно-медицинских организаций (CIOMS), представлена в таблице 2.

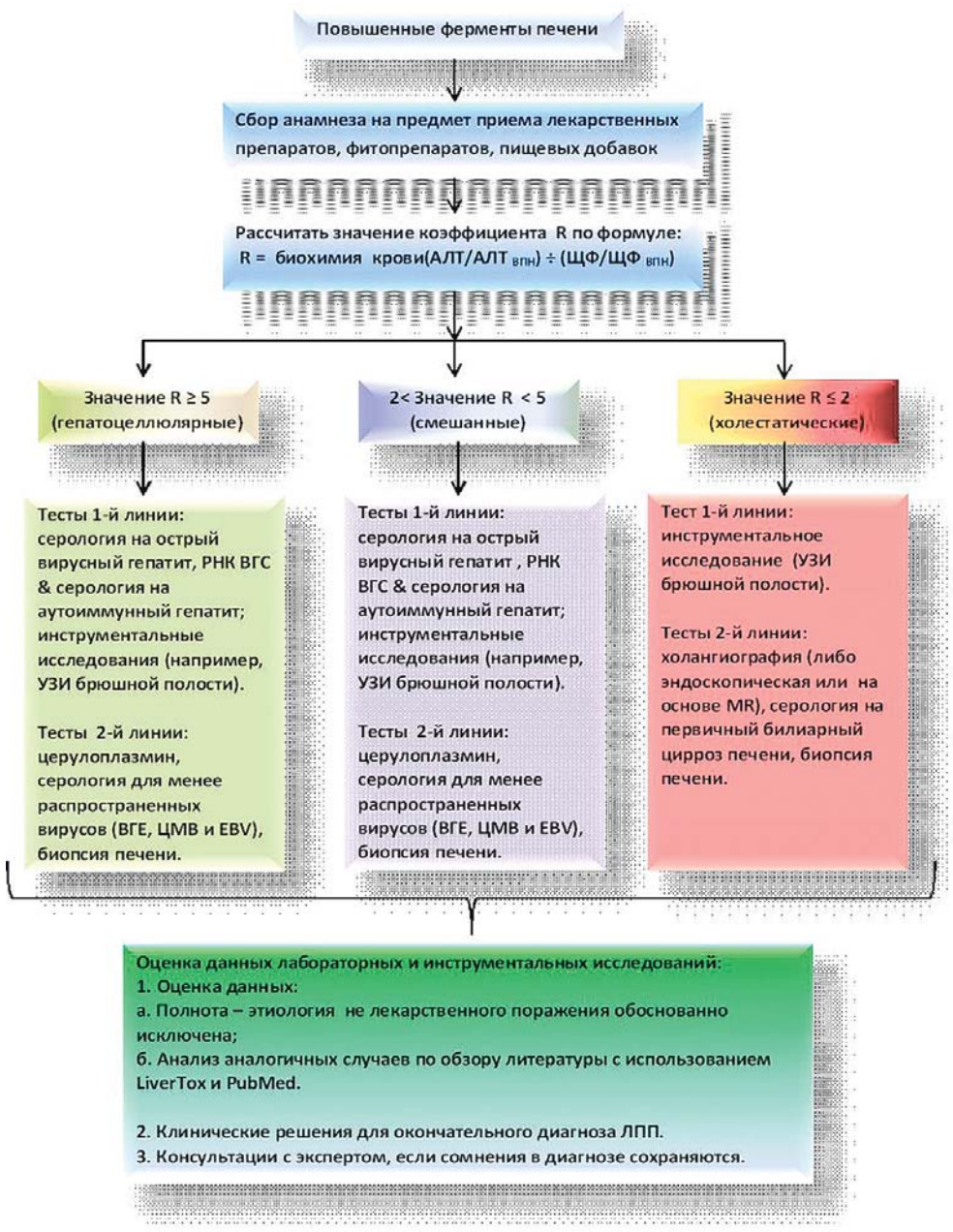

Рис. 6. Алгоритм диагностики лекарственных поражений печени

Таблица 2

Классификация ЛПП (критерии консенсуса CIOMS)

Название	Критерии
Гепатоцеллюлярные поражения	Повышение АЛТ > 2 от нормальных или АЛТ/ЩФ ≥ 5
Холестатические поражения	Повышение ЩФ > 2 от нормальных или АЛТ/ЩФ ≤ 2
Смешанные поражения	АЛТ и ЩФ повышены и 2 < АЛТ/ЩФ < 5
Острые поражения	Изменения АЛТ и ЩФ, представленные выше, в течение < 3 месяцев
Хронические поражения	Изменения АЛТ и ЩФ, представленные выше, в течение > 3 месяцев
Хроническое заболевание печени	Подтверждается гистологическим исследованием

(Окончание следует.)

Татьяна ПОЛУНИНА,
профессор.

Кафедра пропедевтики внутренних болезней и гастроэнтерологии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова.

Новые подходы

Как урология все науки объединила

Разговор о ПСА «задел за живое» и химиков, и физиков

Известные российские учёные-медики и практикующие хирурги выступили перед членами президиума Российской академии наук с сообщениями о фундаментальных исследованиях и инновациях в практической урологии. Информация о современных подходах к диагностике и лечению болезней мочеполовой сферы, которая была бы более уместна на научно-практической урологической конференции, тем не менее вызвала у аудитории (в которой по минимуму представителей медицинской науки, а в основном других научных областей) целый каскад эмоций: от скуки и полного непонимания сути вопроса до искреннего интереса и даже стремления вместе с врачами докопаться до сути целого ряда проблем, пока не решённых мировой урологией.

Откровенная и доверительная беседа урологов с пациентом

Четыре приоритета

По мнению заведующего кафедрой урологии и хирургической андрологии Российской медицинской академии последипломного образования Минздрава России члена-корреспондента РАН Олега Лорана, достигнутый за последние годы прогресс в диагностике и лечении урологических заболеваний обусловлен как раз интеграцией фундаментальных медицинских знаний и высоких медицинских технологий.

Из всего многообразия урологических заболеваний он остановился на тех, которые, с его точки зрения, являются наиболее приоритетными. Одно из них – стриктура мочеиспускательного канала у мужчин.

– Как ни парадоксально это звучит, прогноз дальнейшего роста заболеваемости в данном случае связан, прежде всего, с широким внедрением малоинвазивных эндоуретральных оперативных пособий. Так происходит во всём мире, и Россия в этом отношении не исключение. Основным фактором возникновения стриктуры уретры является именно ятрогенное повреждение при применении эндоуретральных методов лечения аденомы предстательной железы и мочекаменной болезни, – говорит Олег Лоран.

Он подчеркнул, что стремление устранить рубцовое сужение и восстановить проходимость уретры «любой ценой» зачастую влечёт за собой те или иные нежелательные явления, которые в итоге приводят к неоднократным оперативным вмешательствам, изнуряющим пациента. Проведённые гистологические исследования зоны стриктуры уретры показали полное отсутствие здоровой ткани мочеиспускательного канала и замещение её фиброзом. Поэтому методы лечения стриктуры уретры, которые не подразумевают иссечение изменённых рубцовых тканей, не имеют шансов на успех, так как в этих тканях практически нет сосудов, способных обеспечить адекватное кровоснабжение и реэпителизацию.

– Только анастомотические пластики, которые предполагают полное иссечение рубцов и соединение неизменённых концов мочеиспускательного канала, имеют максимальные шансы на успех. Эффективность подобных операций достигает 80-85%, – подчёркивает профессор Лоран.

Однако протяжённость рубцовых изменений мочеиспускательного канала более 4-5 см лимитирует использование прямых анастомозов «конец в конец» и диктует необходимость заместительной пластики. Для таких целей используются различные лоскуты, преимущественно из слизистой полости рта.

Профессор Лоран привёл результаты проведённых им и его коллегами клинико-морфологических экспериментальных исследований по оценке приживления различных свободных слизистых лоскутов на различных донорских местах. Лоскуты были пересажены на скелетную мышцу, подкожно-жировую клетчатку, белочную оболочку полового члена. Выяснилось, что использование лингвального лоскута может затруднять его неоваскуляризацию, поскольку он лишён кровоснабжения. А наиболее высокие результаты в отношении ангиогенеза и приживаемости – у буккального лоскута, помещённого на белочную оболочку полового члена. Таким образом, лучшей для трансплантации является слизистая щеки на белочной оболочке кавернозных тел, что позволяет добиться высокой эффективности заместительных уретропластик.

Рак мочевого пузыря – другая тема, о которой один из ведущих российских урологов счёл нужным рассказать членам президиума РАН. Заболеваемость в РФ за 10 лет увеличилась на 15,6%, причём мужчины заболевают в 4 раза чаще, чем женщины. При поверхностном раке мочевого пузыря золотым стандартом является трансуретральная резекция (ТУР) стенки мочевого пузыря с опухолью и последующая внутрипузырная иммунотерапия. Но, по последним данным, частота рецидивов и прогрессий после такого лечения достигает 40%.

– Нами разработаны критерии эффективности адъювантной внутрипузырной иммунотерапии пациентов, страдающих поверхностным раком мочевого пузыря. И доказано, что количественная оценка свободных форм межклеточного матрикса фибронектина в моче позволяет прогнозировать результаты адъювантной внутрипузырной терапии. В частности, к 30-м суткам после ТУР при рецидиве заболевания отмечается резкое снижение уровня фибронектина в моче, – таковы данные профессора.

Примерно у 40% больных раком мочевого пузыря развиваются инвазивные его формы, и сегодня стандартным метом лечения таких больных является полное удаление мочевого пузыря. Вопрос, чем заменить мочевой пузырь, имеет, по выражению О.Лорана, «долгую и трагическую историю». Предлагались различные варианты, в том числе использование для этой цели различных отделов желудочно-кишечного тракта. Изучив в эксперименте на собаках анатомические и функциональные характеристики искусственных мочевых пузырей, созданных из различных отделов кишечника, О.Лоран и его коллеги увидели, что наиболее соответствует параметрам естественного мочевого пузыря искусственный пузырь, сформированный из сегмента подвздошной кишки.

Ещё одна патология, в успешном лечении которой без симбиоза науки и практики не обойтись, – рак почки. К сожалению, у 20% больных после радикальных хирургических вмешательств происходит прогрессирование заболевания с метастазированием. Поэтому необходимо постоянное наблюдение этих пациентов, а вспомогательным инструментом для мониторинга является исследование экспрессии опухолевой пируваткиназы. По степени выраженности данного онкомаркёра можно судить о распространённости и активности опухолевого процесса.

– Следующей серьёзной медико-социальной проблемой является рак предстательной железы (РПЖ). Это заболевание занимает второе место в структуре онкозаболеваний у мужчин и первое по среднегодовому темпу прироста заболеваемости: в России за 10 лет рост составил 155%. Хочу подчеркнуть, что в нашей стране заболеваемость РПЖ почти в 10 раз меньше, чем в Северной Америке, а смертность выше. Это связано с поздней диагностикой заболевания. В России РПЖ на начальных стадиях выявляется в 44% случаев, тогда как в Европе – более чем в 80%, а в США – более чем в 90%, – продолжил хирург, обращаясь к высокому научному собранию.

Широкое ведение в клиническую практику метода определения простатспецифического антигена (ПСА) в сочетании с современными методами визуализации и мультифокальной биопсии предстательной железы позволяет диагностировать болезнь на ранних стадиях, когда применимо радикальное лечение. Однако, подчёркивает профессор Лоран, до сих пор зачастую нет возможности ответить на вопрос об агрессивности опухоли у конкретного больного. В связи с этим ведётся поиск новых маркёров РПЖ, обладающих высокой диагностической и прогностической специфичностью.

– Нами изучена сравнительная концентрация белка DJ-1, который присутствует в клетках многих злокачественных опухолей, повышает клеточную пролиферацию и устойчивость опухолевых клеток к апоптозу. Оказалось, что при раке предстательной железы экспрессия DJ-1 значительно выше, чем в норме и чем при аденоме предстательной железы, – приводит специалист результаты российских научных исследований в данной области.

Для оценки биологической агрессивности РПЖ в последние годы большое внимание уделяется маркёрам нейроэндокринной дифференцировки. Исследования российских учёных-медиков показали, что хромогранин А – секреторный продукт простатических нейроэндокринных клеток – может использоваться в качестве раннего маркёра прогрессии опухоли при низкодифференцированном раке предстательной железы. Применение нового, разработанного в России способа упрощённого выделения и исследования гена GP3A для оценки предрасположенности к раку предстательной железы показало, что у мужчин-носителей генотипов PLA1, PLA2 гена GP3A риск заболеть раком предстательной железы в два с лишним раза больше, чем у мужчин – носителей иного генотипа.

А изучение гена 5-альфа-редуктазы (SRD5A) – ключевого фермента физиологии предстательной железы – показало, что носительство гомозиготного полиморфизма V89L гена 5-альфа-репродуктазы второго типа (SRD5A2) является врождённым предиктором развития генерализованных форм рака предстательной железы.

Надо отметить, что именно тема рака предстательной железы вызвала особое оживление аудитории, что, впрочем, вполне объяснимо: абсолютное большинство присутствовавших в зале – мужчины. Как профессор Лоран оценивает результативность ПСА-диагностики в качестве скрининга РПЖ, и почему в России его используют для этой цели, а в ряде стран отказались? На этот вопрос Олег Борисович ответил:

– Действительно, простатспецифический антиген не является собственно онкомаркёром. Он является маркёром разных заболеваний предстательной железы: воспалительных процессов, а также доброкачественных и злокачественных новообразований. У трети больных раком предстательной железы нормальный уровень ПСА. Именно поэтому исследования во всём мире направлены на поиск и наполнение панели новых молекулярно-генетических факторов канцерогенеза. Например, сочетание определения уровня ПСА и белка Dj-1 значительно улучшает раннюю диагностику рака. Я не против скрининга, но он должен быть правильным. Только комплексные молекулярно-генетические исследования плюс современные способы визуализации, такие как магнитно-резонансная томография, гистосканирование и, в конце концов, пальцевое исследование предстательной железы – вот тот комплекс исследований, который необходимо использовать, чтобы конкретизировать ситуацию у каждого отдельного пациента.

Две головы – лучше

– В эру прогресса хирургической техники и нового взгляда на молекулярно-генетические механизмы развития заболеваний одним из важнейших орудий современной урологии должно стать выделение факторов, которые позволяют составить индивидуальный прогноз и определить оптимальную персонализированную тактику лечения, – завершил своё обращение к членам президиума РАН Олег Лоран, тем самым приглашая учёных мужей к сотрудничеству. Его поддержали коллеги – онколог академик РАН Валерий Чиссов, известный российский хирург член-корреспондент РАН Александр Ермолов, профессор Дмитрий Пушкарь.

По мнению заведующего кафедрой экстремальной и экологической медицины Московского государственного университета академика РАН Анатолия Григорьева, необходимо, чтобы медики ставили перед фундаментальными науками задачи, а научное сообщество сообща попыталось бы найти решения:

– В рамках Российской академии наук существует программа «физика – медицине». Такие же программы могли бы быть представлены академией и по другим направлениям: химия – медицине, биология – медицине. Кроме того, напрашивается необходимость иметь единую программу фундаментальных исследований, направленную на решение наиболее значимых задач практического здравоохранения.

Президент РАН Владимир Фортов не только одобрил эту идею, но и призвал всех участников президиума внести свои предложения в будущий масштабный проект с условным названием «Науки – медицине».

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Фото
Александра ХУДАСОВА.

Итоги и прогнозы

Рак молочной железы: трудный, но верный путь к победе

Что продлевает жизнь и улучшает её качество

Рак молочной железы (РМЖ) является лидером среди социально значимых патологий мирового масштаба. Каждый год в мире регистрируется более 1,4 млн случаев этого заболевания, от которого умирает примерно 521 тыс. женщин.

По официальным данным, в нашей стране РМЖ занимает первое место по показателю заболеваемости среди женской популяции, причём отмечается неуклонный рост числа новых пациентов. За 20 последних лет в РФ заболеваемость выросла на 75,5%. В 2015 г. в стране выявлено более 589 тыс. случаев злокачественных новообразований; их прирост по сравнению с 2014 г. составил 4%.

Большинство целевых показателей, заложенных в государственную программу «Фарма 2020», связано с лечением РМЖ; значительная часть онкологического бюджета уже сейчас тратится на терапию данного заболевания.

Что необходимо для дальнейшего совершенствования помощи таким пациенткам? Достаточно ли здесь усилий одних только медиков? Что нового предлагает сегодня мировая наука и практика?

Эти вопросы волнуют и врачей, и пациентов, и общество в целом.

За последней стадией – жизнь!

Как известно, существует четыре стадии развития РМЖ (от I до IV), причём каждая на момент постановки диагноза играет существенную роль в выборе препаратов и перспективах лечения.

IV стадия – метастатический рак молочной железы (мРМЖ), который считается неизлечимым. В России ежегодно регистрируется 35 тыс. таких пациенток (первичная постановка диагноза и рецидивы). Кроме того, доказано, что примерно у трети женщин, получивших лечение РМЖ на ранней стадии, болезнь перейдёт в метастатическую стадию.

Средняя общая выживаемость составляет 2-4 года, однако, к счастью, многие женщины живут гораздо дольше. Главной задачей медиков является оптимизация продолжительности и качества жизни пациенток и увеличение срока выживаемости без прогрессии.

– Для эффективной терапии важно правильно классифицировать РМЖ, – говорит ведущий научный сотрудник отделения химиотерапии и комбинированного лечения злокачественных опухолей Российского онкологического научного центра им. Н.Н.Блохина, доктор медицинских наук Людмила Жукова. – Классификация производится в соответствии с присутствием или отсутствием в опухоли стероидных рецепторов (HR): эстрогенов (ER) и прогестерона (PR), а также рецептора человеческого эпидермального фактора роста 2-го типа (HER2).

РМЖ имеет следующие подтипы: HR+/HER2-, HR+/HER2+, HR-/HER2+ и трижды негативный (TNBC, HR-/HER2-). Баланс этих гормонов и белков в раковой клетке влияет на прогноз и выбор вариантов лечения.

Самым распространённым типом РМЖ (до 70%) является HR+/HER2-. Несмотря на мировую практику, в России традиционным методом лечения распространённого гормонпозитивного РМЖ по-прежнему остаётся химиотерапия, что негативно сказывается на качестве жизни пациенток и не всегда ведёт к адекватному контролю над заболеванием.

Правда, надо отметить, что здесь также появляются перспективные инновационные методики, а также происходит «реабилитация» давно известных препаратов.

Людмила Жукова уверена: имеющаяся выживаемость пациенток с мРМЖ и неудовлетворительное качество жизни больных требуют нового подхода в лечении. В первую очередь необходимы препараты, которые замедляют ухудшение состояния; убирают симптомы; помогают как можно дольше поддерживать высокое качество жизни.

По её словам, ситуация в онкологии в целом и в лечении РМЖ в частности кардинально изменилась, прежде всего, с появлением таргетной терапии. Внедрённые в отечественную практику 4 препарата для HR-/HER2+ рака молочной железы позволяют сейчас говорить не о месяцах, а о годах жизни.

– Благодаря им стало возможным без особой токсичности получать те результаты, которых мы не достигали на фоне многокомпонентных режимов химиотерапии, – уточняет она. – У пациенток с таким диагнозом уже можно обсуждать перспективы лечения, жизни и построения планов на будущее.

Однако пока что доля таргетной терапии и других инновационных препаратов HR+/HER2- для лечения мРМЖ в России очень низкая.

Большие надежды связывают онкологи с появлением нового класса препаратов CDK 4-6 ингибиторов, представленного недавно в исследовании PALOMA. За 10 последних лет это самая значимая инновация в терапии пациентов с HR+/HER2- мРМЖ.

– У него абсолютно иной механизм действия, а именно: остановка клеточного цикла и замедление таким образом роста раковой опухоли, – рассказывает Людмила Григорьевна. – Добавление этого препарата к эндокринной терапии первой линии, ингибиторам ароматазы позволяет нам говорить о новых возможностях выживаемости; в частности, только на первой линии лечения – более 2 лет (ранее обсуждалась выживаемость суммарно до 2 лет!).

Добавление же ещё одного препарата на второй линии терапии добавляет ещё почти год до прогрессирования!

То есть только за счёт нового препарата и двух линий терапии мы говорим о 3 годах жизни пациенток с метастатическим раком молочной железы.

Такое направление считается очень перспективным, в мире продолжается широкое изучение препаратов со схожим механизмом действия.

При этом российские медики ждут их появления и с надеждой, и с определёнными опасениями: будет ли у них возможность применения столь дорогостоящих высокоэффективных лекарств, о которых уже осведомлены не только врачи, но и пациенты? Это огромная дилемма и для медицинского сообщества, и для нуждающихся в терапии, и для государства в целом.

По словам специалистов, инвестиций в эффективное лекарственное лечение пациенток с HR+/HER2- РМЖ сегодня явно недостаточно. Это становится очевидным при сопоставлении текущих трат бюджета на лекарственные средства для лечения пациентов с HR+/HER2- РМЖ и на лечение других, менее распространённых типов рака молочной железы.

– Не только в России, во многих странах нет механизмов обеспечения новейшими препаратами всех по потребности, – говорит Л.Жукова. – Ведь ни одно государство, даже самое богатое, не в состоянии полностью покрыть эти расходы, как бы они ни были социально значимыми и какие бы ни давали результаты. При этом я глубоко убеждена, что ни один пациент не должен платить за своё лечение, когда речь идёт об онкологии. Поэтому столь важно развитие у нас в стране страховой медицины.

Связанные одной целью

Однако, если в целом термин «рак молочной железы» и общие проблемы, связанные с данным заболеванием, известны широкой общественности благодаря публикующимся в СМИ рассказам выживших пациенток с ранними стадиями рака молочной железы, то термины «распространённый рак молочной железы» и «метастатический рак молочной железы» не так ясны.

Низкий уровень осведомлённости о заболевании, отсутствие структурированной, грамотной информации в СМИ, а также открытого диалога в обществе о метастатическом РМЖ способствует тому, что пациенты, которым ставят данный диагноз, чувствуют себя неуверенно и испытывают большой стресс.

Это подтверждают данные первого в своём роде глобального исследования, представленного на Европейской конференции по раку молочной железы (EBCC).

Оно со всей очевидностью показало наличие социальной стигматизации пациенток с мРМЖ. Так, до 42% европейцев считают, что женщины с таким диагнозом должны держать своё заболевание в секрете.

Об этом свидетельствует и «Глобальный отчёт по метастатическому раку молочной железы» (Global Status of Metastatic Breast Cancer) за 2005-2015 гг. В нём оценивается статус мРМЖ с точки зрения медицинской помощи пациенткам, их окружения, а также научных открытий и разработок.

В основе анализа лежит несколько опросов, изучавших текущее восприятие РМЖ широкой публикой, группами по защите прав пациентов, центрами терапии рака молочной железы, онкологами и медсёстрами в 34 странах мира.

Он подтверждает масштаб ложных представлений и недопонимания, которые окружают самую тяжёлую и не поддающуюся лечению стадию рака молочной железы – метастатическую, а также уровень изоляции и беспомощности пациенток.

Но если в странах Европы уже более 40 лет существуют пациентские организации, которые помогают таким женщинам в борьбе с их заболеванием, то в России многие остаются один на один со своим диагнозом.

– Наши пациентки часто скрывают свой диагноз, – говорит Л.Жукова, – поскольку это влечёт за собой изменение отношения к ним общества, работодателей; и даже врачи-специалисты другого профиля, порой вместо того, чтобы уделить такому пациенту больше внимания, от него просто отмахиваются.

Пациенты собираются вместе

В Российской Федерации всё больше возрастает роль пациентских организаций онкологических больных. Подтверждение тому – проведённая впервые в рамках Онкологического форума сессия пациентских организаций с международным участием.

Первая в стране ассоциация социально-психологической поддержки больных РМЖ была создана в 1988 г. сотрудниками НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова; в 1992 г. она получила сертификат члена Международной программы Rearch to Recovery – «Путь к выздоровлению».

Почти 10 последних лет сотрудники Института онкологии им. Н.Н.Петрова сотрудничают с подобными организациями.

– Важно, что пациентские организации вместе с ведущими онкологами принимают активное участие в медико-социальной реабилитации больных РМЖ. Зарубежный и отечественный опыт свидетельствует: такая совместная работа способна сформировать отношение общества к РМЖ как к заболеванию, с которым человек может вести социально активную жизнь, – считает заведующая научным отделом инновационных методов терапевтической онкологии и реабилитации НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова, профессор кафедры онкологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И.Мечникова, доктор медицинских наук Татьяна Семиглазова. По её словам, роль школ для пациентов трудно переоценить: в их работе звеньями одной цепочки становятся сами пациенты, их врачи, психологи и юристы.

Опыт подобной работы есть у Национального фонда поддержки здоровья женщин, представляющего Россию в Европейской коалиции по борьбе с раком молочной железы. Его президент Оксана Молдованова уверена: только объединив усилия неравнодушных людей из разных сфер можно менять ситуацию к лучшему. А возможностей для этого немало. Главное – создать условия, чтобы независимо от места проживания каждый пациент был информирован о возможностях современной медицины, знал свои права и умел их отстаивать.

– Мы фокусируем свою работу на образовании пациенток, информировании как можно большего числа женщин, – говорит она. – Подготовлено бесплатное пособие, в котором мы рассказали, что такое РМЖ и как с этим жить. Знать это необходимо, чтобы после постановки такого диагноза не оказаться, как это зачастую бывает, не только в состоянии стресса, но и в информационном вакууме. У врачей не всегда хватает времени и возможности всё объяснить подробно. И не все умеют это делать...

Сегодня руководитель фонда занята созданием благотворительного Центра поддержки пациенток с РМЖ, не только в Москве, но и в других городах России и действовали как единая сеть.

То, что такая деятельность нужна, не вызывает сомнения: грамотный пациент гораздо лучше понимает врача, ориентируется в возможностях и перспективах терапии, знает, на какое современное лечение можно претендовать в рамках ОМС.

Не случайно в программе международных онкологических форумов всегда предусмотрены сессии пациентских организаций. Такая практика уже начинается и в России, и нет сомнения, что со временем эти организации займут свою нишу и станут неотъемлемой частью системы общественного здравоохранения.

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Москва.

Фото
Александра ХУДАСОВА.

В клиниках и лабораториях

«Конструктор» для близнецов и не только

Российские учёные нашли «стартовую площадку» иммунитета?

Гомозиготные близнецы внутриутробно обмениваются друг с другом фрагментами своих иммунных систем. Этот феномен первыми доказали учёные Института биоорганической химии им. М.М.Шемякина и Ю.А.Овчинникова РАН. Причём для доказательств они использовали уникальные математические модели, которыми не располагает больше ни одна лаборатория мира, где также ведутся исследования по теме «иммунитет близнецов».

Подробнее о данной научной работе и её значении для практического здравоохранения обозревателю «МГ» Елене БУШ рассказал научный сотрудник лаборатории сравнительной и функциональной геномики ИБХ Михаил ПОГОРЕЛЫЙ:

– Известно, что каждый организм «конструирует» свою иммунную систему сам, и поэтому у всех людей она максимально персонализирована. Даже у генетически идентичных близнецов формируются индивидуальные репертуары Т-клеточных рецепторов. Однако есть небольшая фракция рецепторов, которые встречаются у большого числа людей.

Математические методы, которые мы используем для обработки данных, предложены сотрудниками ИБХ, а также нашими французскими коллегами – теоретическими физиками, которые создали для нас математические модели сборки иммунных рецепторов. Слово «собрать» я использую в данном случае не случайно: иммунные рецепторы собираются из «конструкторов». Так вот, если досконально разобраться в данном процессе, можно его симулировать в компьютере. Это позволяет нам понимать, как происходит сборка иммунных рецепторов в реальности, а главное – дифференцировать, является ли конкретный рецептор результатом достаточно простой сборки, и поэтому он есть в иммунной системе у многих людей, или это рецептор, который собрать очень сложно, и он строго индивидуальный, потому что подобные конструкции не могут повторяться.

Феномен гомозиготных близнецов как раз и заключается в том, что в их иммунных системах мы обнаружили общие рецепторы, которые относятся к категории индивидуальных – тех, что невозможно собрать дважды. Именно этим однояйцовые близнецовые пары отличаются от любого другого человека и от разнояйцовых близнецов: в их индивидуальном иммунитете есть общая часть рецепторов. Мы показали это впервые, результаты данного исследования в 2016 г. опубликованы и признаны за рубежом.

Но когда мог произойти обмен репертуарами Т-клеточных рецепторов у гомозиготных близнецов, учитывая, что у них не было трансплантации крови друг от друга во взрослой жизни (все близнецовые пары, участвовавшие в данном исследовании, были старше 25 лет. – **Е.Б.**) Значит, это могло случиться только до рождения, когда оба плода были прикреплены к одной плаценте.

Итак, мы нашли общие для однояйцевых близнецовых пар клоны клеток иммунной системы, которые формируются пренатально. Это действительно серьёзное научное открытие. Многолетнее существование идентичных специализированных клеток иммунной системы в двух организмах – до нас это никто не показывал. Кроме того, пока это не факт, а только наша гипотеза – мы предполагаем, что та общая для близнецов группа клеток, сохраняющаяся в течение очень длительного времени, как раз и составляет костяк, некую минимально необходимую основу для нормального развития всей адаптивной иммунной системы. Не только у близнецов, а вообще у всех людей. То есть мы нашли стартовую площадку для формирования индивидуального адаптивного иммунитета человека: основа иммунитета закладывается пренатально, а не после рождения, как принято было считать до сих пор. И это также безусловный приоритет российской науки.

А если у одного из плодов в гомозиготной паре клоны клеток иммунной системы собраны неправильно, с «ошибками», то возникает угроза патологических отклонений иммунитета у обоих близнецов. И те уникальные клинические случаи, которые встречаются в близнецовых парах, обусловлены, как мы теперь понимаем, как раз явлением «обмена» иммунными рецепторами. К примеру, оба близнеца могут заболеть лимфомой, один – внутриутробно, а второй уже после рождения. Причём у обоих одинаковая лимфома.

Казалось бы, что тут удивительного? А вот что: известно, что лимфома всегда имеет уникальные генетические маркёры, характерные только для этой формы заболевания и только у конкретного человека. Следовательно, в случае с гомозиготными близнецами, когда на раннем сроке беременности у одного из плодов возникает лимфома, через общую плаценту опухолевые клетки попадают в организм другого плода, и по прошествии нескольких лет у него развивается заболевание.

То есть по сути один из близнецов заразил другого онкологическим заболеванием. Звучит странно, но такое возможно. Пока такая возможность была оценена нами только ретроспективно, математически. Однако принципиально важно, что получены убедительные доказательства вероятности данного сценария.

В свою очередь, это знание подсказывает нам, что теоретически возможно и другое: если в структуре иммунной системы одного из гомозиготных близнецов есть аутоиммунный клон, то существует вероятность заражения второго близнеца аутоиммунным заболеванием. Путь тот же – обмен фрагментами иммунной системы по кровотоку через плаценту. Мы строим эту гипотезу исходя из известного факта: ряд аутоиммунных заболеваний имеет большую частоту именно у близнецов.

Москва.

Перспективы

Телемедицина: в интересах пациента

Одна из международных аналитических компаний представила три основные тенденции информтехнологий, которые окажут влияние на рынок медицинских информационных технологий до 2020 г. Это рост популярности телемедицинских услуг, увеличение продаж носимых гаджетов для здоровья и внедрение в больницах сервиса «виртуальная медсестра».

«Телемедицинские технологии имеют значительный потенциал для сельских районов и развивающихся стран, испытывающих недостаток опытных врачей. Телемедицина также расширяет возможности терапии, позволяя врачу удалённо консультировать пациента, когда требуется установить диагноз. Потребность в посещениях больниц и клиник снижается», – говорится в отчёте компании.

Как следствие развития IT, выросла популярность и носимых медицинских устройств с сенсорами, дающими врачу возможность вести удалённый мониторинг состояния пациента. Данные устройства помогают снижать затраты, что делает их идеальными для всех стран. Активное использование таких устройств, постоянно собирающих данные о человеке, уже подарило довольно большой банк данных о состоянии здоровья пациентов. В I квартале 2016 г. мировые продажи носимых устройств составили 19,7 млн единиц, что на 67,2% больше, чем в прошлом году.

С нехваткой медиков учёные Северо-Восточного университета (Бостон, США) предлагают бороться с помощью концепции виртуальной медсестры – программного обеспечения, призванного частично выполнять функции среднего медицинского персонала. Разработанная в Северо-Восточном университете, эта система способна контролировать соблюдение графика приёма лекарств, проведение процедур, а также консультировать пациентов. По мнению аналитиков, в будущем эта разработка станет обязательной составляющей больничной инфраструктуры.

Телемедицинские технологии очень важны для сельских районов

Популярность телемедицины, которая играет важную роль в развитии IT-систем в здравоохранении, растёт из года в год.

Повышенный спрос на фитнес-браслеты, «умные часы» и портативные тонометры стал новой тенденцией, которая в 2016–2020 гг. окажет влияние на рынок интегрированных медицинских систем, отмечают аналитики.

Иван ВЕТЛУГИН.
МИА Cito!

Однако

Инструменты могут быть опасны

Учёные призывают музыкантов уделять больше внимания гигиене инструментов. Оказывается, игра на тромбоне, саксофоне, волынке может навредить лёгким, предупреждают британские учёные и советуют музыкантам более тщательно чистить духовые инструменты.

Врачи больницы Уайтеншо в Манчестере описывают редкий случай: 61-летний пациент умер от болезни, вызванной плесенью, бактериями и грибками, которые размножились в мехах его волынки.

Известны ещё несколько задокументированных случаев заболеваний музыкантов, игравших на саксофоне и тромбоне. К счастью, тогда жизни пациентов удалось спасти. Поэтому-то учёные советуют музыкантам обратить внимание на такие симптомы, как кашель или одышка, и подумать, не связаны ли они с его профессиональной деятельностью. Врачи настоятельно рекомендуют музыкантам уделять гигиене своих инструментов особое внимание. Чтобы предотвратить развитие болезнетворных микроорганизмов, необходимо регулярно чистить музыкальные инструменты. В духовых инструментах создаётся среда, благоприятная для развития опасных микроорганизмов.

Заболевание, которое описывают врачи, развивается, когда иммунная система организма начинает работать на пределе своих возможностей. Болезнетворные микроорганизмы, вдыхаемые из музыкального инструмента, вызывают воспаление, которое при отсутствии лечения оставляет рубцы на лёгких.

Скончавшийся пациент был большим любителем поиграть на волынке и репетировал ежедневно. Мужчина чувствовал недомогание в течение нескольких лет. Исключение составляли лишь те периоды, когда он уезжал в командировку или отпуск и не брал волынку с собой. Врачи направили инструмент в лабораторию, чтобы проверить свои догадки.

Анализ показал, что меха инструмента были заполнены плесенью и грибком, которые хорошо развиваются во влажном микроклимате. Лёгким пациента был нанесён непоправимый ущерб. Состояние его резко ухудшилось, в течение нескольких недель он скончался.

«Если диагностировать проблемы на ранней стадии и убрать первопричину заболевания, то можно дать положительный прогноз лечения», – говорит доктор Дженни Кинг из больницы Уайтеншо.

«Микроорганизмы, о которых идёт речь, содержатся и в воздухе, но их концентрация мала, поэтому они не вызывают проблем. Похожие заболевания лёгких иногда встречаются у людей, работающих на фермах. Они сталкиваются с большим количеством заплесневелого сена», – продолжает врач.

«Я бы сказал, что чистить деревянные духовые инструменты нужно после каждой репетиции или выступления. Влага оседает в дальних уголках и трещинках, где и развивается вредоносная плесень. Она же может повредить дерево, поэтому мы тщательно ухаживаем за инструментами», – говорит солист Национального центра волынки в Глазго Эндрю Бова. Музыкант чистит свою волынку при помощи специальных щёточек, а каждые полгода промывает трубки горячей водой.

Мешок из козьей или овечьей шкуры – составную часть волынки – следует ежегодно обеззараживать. Но большинство музыкантов сейчас чаще используют мешки из синтетики. В этом случае их нужно расстёгивать, чтобы дать им просохнуть.

Юлия ИНИНА.

По материалам BBC.

Для работы в районной больнице в пгт Междуреченский Кондинского района, ХМАО – Югра (местность приравнена к району Крайнего Севера)
требуются специалисты
с высшим медицинским образованием:
ОНКОЛОГ, ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГ,
ПСИХИАТР ДЕТСКИЙ, ИНФЕКЦИОНИСТ,
ВРАЧ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ, ТЕРАПЕВТ,
ПЕДИАТР, НЕВРОЛОГ, ХИРУРГ,
ОФТАЛЬМОЛОГ, ПАТОЛОГОАНАТОМ.
Предоставляются: единовременная компенсационная выплата медицинским работникам в возрасте до 50 лет в размере 1 млн руб.; жильё.
Контакты: **http://kondazdrav.ru,**
e-mail: **muz-mrb@rambler.ru**, приёмная **8 (34677) 32-110**.

Автономное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Советская районная больница» (местность приравнена к районам Крайнего Севера)
приглашает на постоянное трудоустройство
ТЕРАПЕВТА УЧАСТКОВОГО.
Предоставляются:
▶ единовременная компенсационная выплата в размере 1 млн руб. (Закон «О внесении изменений в ст. 3.1. Закона ХМАО – Югры «О регулировании отдельных вопросов в сфере охраны здоровья граждан в ХМАО – Югре» № 53-оз от 16.06.2016.
▶ служебное жильё.
Контактные телефоны:
8 (34675) 3-41-20 – отдел управления персоналом
8 (912) 080-80-48 – заместитель главного врача по поликлинической работе.
Резюме направлять по e-mail: **sovhospital@совбольница.рф**
Адрес: **ул. Гагарина, д.62/а, г. Советский, ХМАО-Югра 628240.**

Почему бы и нет?

Кровь, остановись!

Как установили учёные из Университета Орегона (США), ранним утром наиболее сильно повышается вероятность разрыва тромбов. 6:30 утра – то самое время, когда вероятность разрыва максимальна, показали исследования. Именно в этот период времени в организме отмечается наиболее количество белков, что влияет на скорость кровообращения, усиливая нагрузку на кровеносные сосуды. А через 6 часов к полудню состояние человека стабилизируется, и риск тромбов снижается. Данное открытие позволяет более эффективно использовать лекарства, направленные на профилактику тромбообразования.

Тромбообразование – это биологически необходимая защитная реакция, которая предотвращает гибель человека от кровопотери из-за небольшой царапины.

Тромбообразование начинается с того, что тромбоциты «прилипают» к повреждённой поверхности сосуда и «склеиваются» между собой, образуя тромбоцитарную пробку. Это запускает собственно свёртывание крови, которое состоит из трёх этапов. Сначала образующийся в месте повреждения стенки кровеносного сосуда тромбопластин инициирует цепочку реакций свёртывания, в результате которых из протромбина образуется активный тромбин. Происходит активация факторов свёртывания, всегда присутствующих в крови в неактивном виде (в норме) и приходящих в «боевую готовность» в присутствии тромбопластина.

Под воздействием тромбина растворимый белок крови фибриноген превращается в нерастворимый фибрин, нити которого пронизывают «тромбоцитарную пробку», делая её более прочной.

В сетях фибрина «запутываются» тромбоциты и другие форменные элементы крови, затем кровяной сгусток спрессовывается и от него отделяется прозрачная, жидкая сыворотка крови. Образуется зрелый тромб, который закрывает дефект сосудистой стенки.

Но то, что должно было бы спасти нас в случае излишней кровопотери, часто приводит к смертельному исходу. В середине XIX века известный немецкий патолог Рудольф Вирхов описал основные механизмы внутрисосудистого свёртывания крови. Пусковые механизмы процесса тромбообразования получили название «триады Вирхова». Она включает в себя три фактора:

- замедление кровотока;
- изменение свойств крови в сторону повышения коагуляции;
- повреждение эндотелия (внутреннего слоя) сосудистой стенки.

Именно сосудистый эндотелий играет ключевую роль в предотвращении развития венозного тромбоза.

Тромбы могут образоваться практически везде, но на вены ног приходится почти 95% случаев тромбоза, поскольку именно там чаще всего создаются условия для возникновения венозного застоя.

У пациентов с высоким риском тромбоза, а также при уже имевшихся случаях тромбоза врачи обычно применяют непрямые антикоагулянты, назначая их под регулярным контролем лабораторных показателей крови. К факторам риска относятся гиподинамия.

Возраст – ещё один фактор риска. При беременности зачастую возрастает свёртываемость крови, а значит, и вероятность развития тромбоза. Причём опасно и прерывание беременности, вызывающее бурную гормональную перестройку организма, из-за чего риск тромбоза возрастает в 10-15 раз. Повышает этот риск и приём гормональных контрацептивов.

Раньше считалось, что курение пагубно воздействует лишь на артериальную систему. Но оказалось, что оно влияет и на свёртываемость крови, значительно увеличивая возможность тромбоза. Это относится и к злоупотреблению алкоголем, приводящему к дегидратации (обезвоживанию), способной запустить процесс тромбообразования.

НАУМ ДАВЫДОВ.

По материалам Associated Press

Дословно

Обнаружены ВИЧ-резервуары

Исследователи из Монреаля выявили клетки, сохраняющие вирус иммунодефицита человека во время антиретровирусной терапии (АРТ). Специалисты из Монреальского университета утверждают, что это открытие даёт возможность разработать новые методы лечения, нацеленные на устранение резервуаров с вирусом, что, возможно, позволит побороть ВИЧ-инфекцию.

АРТ предотвращает прогрессирование ВИЧ-инфекции, не позволяя ей перейти в СПИД. Однако во время антиретровирусной терапии ВИЧ продолжает существовать внутри клеток, называемых резервуаром, а после прекращения терапии восстанавливается в организме человека.

Цель исследования состоит в определении клеток, в которых скрывается вирус, и их устранении. Если удастся обнаружить ВИЧ-резервуары, то инфицированные люди смогут без риска прервать АРТ, у которой имеются побочные эффекты.

Чтобы жить и размножаться, вирусу нужно безопасное убежище – клетка. Как правило, основным клеточным резервуаром ВИЧ являются CD4+ Т-лимфоциты, белые кровяные тельца, активизирующие защиту организма от инфекций. Однако пытаться обнаружить резервуары ВИЧ – всё равно что искать иголку в стоге сена. Среди огромной популяции CD4+ Т-лимфоцитов только один Т-лимфоцит на миллион является убежищем ВИЧ.

Команда учёных продемонстрировала, что клетки, скрывающие ВИЧ, обладают общими иммунологическими характеристиками. Они выявили три белка: PD-1, LAG-3 и TIGIT, которые экспрессируются на поверхности клеток-резервуаров. И целью учёных является устранение всех клеток, имеющих данные характеристики, с перспективой уничтожения вируса.

Открытие является значимым ещё и потому, что комбинации маркёров, которую можно было бы использовать в терапии против ВИЧ-резервуаров, до сих пор не существовало. Однако имеются противораковые препараты, направленные на уничтожение этих маркёров, и их можно использовать для ликвидации ВИЧ-резервуаров.

Кирилл ОРЛОВ.

По материалам Science Daily.

В особых условиях

Целиакия: дело в сезоне?

Как известно, целиакия представляет собой наследственную патологию, при которой пациенты не могут употреблять в пищу ничего, что содержит глютен – а это достаточно большой список продуктов, начинающийся со злаковых культур.

Таким людям нельзя есть хлеб, макароны, некоторые каши и т.д., так как содержащаяся в них клейковина раздражает ворсинки тонкой кишки. Что характерно, ещё до недавнего времени считалось, что заболевание встречается довольно редко, не чаще 1 случая на тысячу, а то и меньше, но последние исследования показали, что на самом деле целиакией страдают 1-2 человека из каждых 200, но болезнь может протекать в лёгкой, почти незаметной форме.

В Университете Умео в Швеции учёные решили выяснить, от чего зависит вероятность развития у человека этой болезни. Для этого они проанализировали медицинские данные 1 912 204 детей в возрасте от 0 до 14,9 года, которые родились в Швеции с 1991 по 2009 г. У 6529 из них была диагностирована и подтверждена целиакия. Научные сотрудники изучили, каковы шансы развития заболевания в зависимости от сезона, региона и года рождения.

Выяснилось, что больше всего рискуют дети, рождённые весной, летом и осенью – вероятность развития целиакии у них была выше на 10%, чем у тех, кто родился зимой. Жители южных регионов, где летом и весной часто светит солнце, были более подвержены болезни, чем те, кто появился на свет севернее. У девочек болезнь развивалась чаще, чем у мальчиков.

Кроме того, те дети, которым на момент исследования было меньше 2 лет, имели более высокие шансы заболеть, если они родились весной. Таким образом, гипотеза учёных о взаимосвязи между развитием целиакии и временем, местом и сезоном рождения подтвердилась.

Причина существования такой зависимости пока не известна. Фредина Наматову, одна из авторов исследования, предположила, что дело может быть в низком уровне витамина D во время последнего триместра беременности. Также, по её словам, одним из факторов влияния могло стать то, что детей обычно отлучали от грудного молока и знакомили с глютеном зимой, когда организм наиболее уязвим для всевозможных инфекций, которые, в свою очередь, могли стать триггером для развития заболевания.

Алина КРАУЗЕ.

По информации bmj.com

Жизнь как она есть

Потому что Человек!

В первый день июля нынешнего года на юге Хевронского нагорья исламистские террористы обстреляли автомобиль, в котором возвращалась домой семья 48-летнего раввина Михаэля Марка. В результате атаки боевиков сидевший за рулём глава семейства был убит, машина потеряла управление и перевернулась. Тяжёлые ранения получили его жена и двое детей – мальчик и девочка.

Первыми на помощь жертвам теракта пришли местный житель Ислам аль-Бид и его жена, медсестра по профессии. Они возвращались домой той же дорогой. Супруги сумели вытащить из перевернувшегося автомобиля детей, но женщину, сидевшую рядом с убитым мужем и получившую пулевое ранение в голову, они тоже посчитали мёртвой.

И если бы на месте трагедии вскоре не появился доктор Али Шрух, шансов выжить у тяжелораненой женщины не оставалось бы. В тот день, последнюю пятницу Рамадана, Али вместе с братом Махмудом, ехал по тому же шоссе в направлении Иерусалима, чтобы помолиться в мечети Аль-Акса. Неожиданно на дороге возник мужчина, махавший руками, призывая остановиться. Это был Ислам аль-Бид. Увидев на обочине перевернувшийся автомобиль, доктор Шрух всё понял.

Позже Али рассказывал журналистам: «Женщина была жива, но дышала с трудом, потому что ремень безопасности сдавливал ей шею. Вместе с братом нам удалось её освободить и вытащить».

Когда почти одновременно подъехали кареты израильской и палестинской скорой помощи, пострадавшей занялись парамедики. Посовещавшись, они перенесли её в израильскую «скорую», которая и доставила её в больницу.

Ещё до приезда «скорых» Шрух успел оказать помощь девочке, получившей пулевое ранение в левую часть живота. У него не было бинтов, и он применил полотенца, которые мусульмане используют для молитвы. Махмуд, свободно владеющий ивритом, успокаивал её. Вскоре девочку и её брата, раненого легко, забрала ещё одна прибывшая карета скорой помощи.

Фактически палестинцы, супруги аль-Бид и доктор Али Шрух со своим братом, спасли трёх израильтян. Когда об этом стало известно из СМИ, то слова благодарности спасителям выразили не только родственники семьи Марк, но и совершенно не знакомые друг с другом граждане Израиля и Палестинской национальной автономии. Много звонков, а также писем на электронную почту Али Шруха поступило из России. И это естественно. Ведь он женат на гражданке Российской Федерации Екатерине Михайловне Миндлиной. Они оба врачи, выпускники Уфимского медицинского института (ныне Башкирский государственный медицинский университет). Али по специальности уролог, а его супруга – акушер-гинеколог.

Трудно найти более интернациональную семью, чем Шрух. Екатерина родилась в Башкирии, долго жила в Томской области, там окончила школу. Её дед по отцовской линии, еврей, инвалид Великой Отечественной войны. Она помнит, что дома он нередко переходил на идиш – язык европейских евреев. Мать Екатерины – татарка, мусульманка по вероисповеданию. Но сама она, как и брат и отец, – православная.

Доктор Али Шрух не считает, что совершил особенный поступок, спасая израильтян, атакованных террористами. В беседе с корреспондентом «МГ» он сказал: «Врач, дававший клятву Гиппократа, обязан лечить арабов, русских, евреев – кого угодно». Махмуд поддержал брата, заметив: «Человек остаётся человеком, если он готов помочь всем попавшим в беду».

Али Шрух – авторитетный и успешный доктор. У него две клиники – в городках Дахария и Дура (оба расположены недалеко от Хеврона). У Екатерины тоже своя частная клиника. Так что материально семья вполне обеспечена. Однако ситуация непрекращающегося вооружённого противостояния в регионе не добавляет оптимизма членам семьи Шрух. И тем не менее и Катя и Али считают, что с терроризмом следует сражаться самым решительным образом.

Собственно говоря, израильтяне и палестинцы именно так и поступают. Благодаря сотрудничеству израильских и палестинских служб безопасности силовики уже на следующий день знали, что по машине, в которой ехала семья Михаэля Марка, стрелял 29-летний активист ХАМАСа Мухаммед аль-Факия. Дом в одной из деревень на Хевронском нагорье, в котором скрывался исламистский боевик, окружили израильские военные. Сдаваться аль-Факия не пожелал и был застрелен. Другой участник атаки 38-летний Мухаммед Маджд Амаир, находившийся за рулём автомобиля, из которого Факия вёл огонь, умирать не пожелал и сдался израильтянам. Он тут же начал давать показания, с учётом которых были арестованы ещё два брата Мухаммеда Факия – Муаз и Саиб, оба участвовавшие в планировании теракта.

Что же касается Али Шруха, то его действия были высоко оценены Министерством здравоохранения Израиля, а неправительственная международная организация «Врачи без границ» подарила ему специальную сумку с набором реанимационного оборудования, стоящую несколько тысяч долларов. И действительно, если доктор Шрух сумел оказать экстренную помощь, не имея при себе медицинских инструментов, то отныне благодаря реанимационному оборудованию его помощь будет ещё более действенной.

Захар ГЕЛЬМАН,
соб. корр. «МГ».

Иерусалим.

Новые подходы

Датчики в виде нитей

Датчики из наноматериала в виде нитей и нитевых переплетений, могут быть вживлены в организм пациента для сбора информации о его состоянии.

Разработка осуществлена исследователями из Университета Тафтса, штат Массачусетс. Новый наноматериал можно вшить в перевязочный материал или непосредственно в ткань органа и собирать показатели об уровне глюкозы, кислотно-щелочного баланса крови, другие данные о состоянии пациента.

Нанодатчики позволят собирать информацию о давлении, температуре и напряжении в тканях, что даст возможность отслеживать процесс заживления раны или наличия в ней инфекции. Разветвлённая сеть таких датчиков позволит определять состояние органов и ортопедических имплантатов.

Информация передаётся на гибкий беспроводной приёмник, который может быть вмонтирован в перевязочный материал (при этом допустима любая ткань – от хлопка до шёлка) или размещён на поверхности тела человека. По словам разработчиков, изобретение может стать базой для развития нового поколения имплантируемых диагностических систем. Тонкий и гибкий материал может быть внедрён в самые сложные органы. Причём доставить диагностическую нить к органу можно, даже не прибегая к инвазивным манипуляциям – через сосуды, с помощью кровеносного потока.

Проводящие нити уже испытывали в разных химических растворах, в тканях крыс они показали высокую эффективность. В настоящий момент их исследуют на долгосрочную биологическую совместимость с тканями человека.

Игорь САВЕЛЬЕВ.

По материалам Fox News Health.

Статистика

2015…Рекордный

В прошлом году в мире было приведено в исполнение самое большое за 25 лет число смертных приговоров. В первую пятёрку стран где насильственно официально государство прерывает жизнь своим гражданам вошли Китай, Иран, Пакистан, Саудовская Аравия и США.

В 2015 г. были казнены, по меньшей мере, 1634 человека, сообщается на сайте международной правозащитной организации Amnesty International. Это самое большое число приведённых смертных приговоров с 1989 г., указывают правозащитники. Большинство казней произошли в Китае, однако обнародованная общая цифра не включает в себя данные из этой страны, так как эта информация является закрытой, заявляют правозащитники. Они предполагают, что в стране были казнены тысячи людей. Исключая Китай, 90% всех смертных приговоров были приведены в действие в Иране, Пакистане и Саудовской Аравии.

В 2015 г. смертные казни были осуществлены в 25 странах, в 2014 – в 22. Вместе с тем от смертной казни в 2015 г. отказались Фиджи, Мадагаскар, Республика Конго и Суринам, отмечают правозащитники.

Леонид БЕНЦКИЙ.

По материалам Bild.

Исследования

Исследовательская группа из Университета Эксетера (Великобритания) объявила о начале набора добровольцев, желающих принять участие в испытании новой методики борьбы с депрессией.

В сражении с депрессией

В то время как золотым стандартом считается когнитивная поведенческая психотерапия, британские учёные предложили использовать для борьбы с депрессией метод поведенческой активации. Не так давно было показано, что такой метод не менее эффективен при лечении депрессии, чем более традиционный подход.

Как известно, поведенческая активация помогает людям взглянуть на привычные ситуации по-новому и найти в них что-то положительное. В отличие от неё когнитивная поведенческая терапия сосредотачивается на способе мышления человека.

Исследователи приглашают для участия в эксперименте людей, испытывающих депрессию или подавленное состояние. Они планируют проверить, действительно ли поведенческая активация онлайн поможет пациентам.

Добровольцы в течение 8 недель будут проходить онлайн-курс поведенческой активации – каждую неделю выполнять ряд заданий, направленных на то, чтобы начать действовать по-другому в типичных ситуациях. Для того чтобы отслеживать ежедневный уровень активности, каждому участнику эксперимента будет выдан специальный браслет.

При этом никому из них не придётся приезжать в университет и лично общаться с исследователями, а персональные данные добровольцев будут храниться в тайне.

Ян РИЦКИЙ.

По информации medicalxpress.com

А как у них?

Безответственность порождает безнаказанность

Представительница консервативной партии Италии Эльвира Савино внесла в парламент законопроект, который предусматривает ответственность для родителей, выбирающих для своего ребёнка веганскую диету.

В зависимости от состояния и возраста ребёнка на момент суда его отцу и/или матери может грозить до 8 лет лишения свободы. Автор документа пояснила, что не имеет ничего против веганства или вегетарианства, если это свободный выбор взрослого человека, однако, по её мнению, некоторые родители слишком фанатично относятся к этому вопросу и навязывают свою волю детям, не имея при этом достаточных научных и медицинских знаний.

Закон Э.Савино даёт следующие рекомендации: до года тюрьмы, если ребёнок растёт на веганской диете, до 4 лет – если из-за этой диеты у него появились хронические проблемы с здоровьем, и до 7 лет – если ребёнок умер из-за выбранного его родителями способа питания. Если ему при этом меньше 3 лет – все сроки увеличиваются на 1 год. Под ребёнком в документе понимается человек, не достигший возраста 16 лет.

Если вегетарианцы выступают только против мяса и могут употреблять в пищу другие продукты животного происхождения, такие как яйца или молоко, то веганы едят исключительно растения, отказываясь зачастую даже от мёда. Парламентарий считает (и многие врачи её в этом поддерживают), что веганская диета вредна для детей, так как они не получают многих необходимых им для полноценного развития витаминов и микроэлементов. Самой Эльвире Савино 39 лет, её сыну – 7, и он, по её словам, ест мясо, но не слишком часто.

Предложить новый законопроект парламентария побудили случаи, которые произошли в Италии в последнее время. Так, в прошлом месяце в один из госпиталей Милана поступил годовалый мальчик, который рос на веганской диете. Он весил столько, сколько в норме весит 3-месячный ребёнок.

Э.Савино прокомментировала, что дети веганов могут нуждаться в защите. Она также выступила с инициативой, согласно которой педиатры должны будут сообщать в правоохранительные органы, если они узнают, что родители их юного пациента – веганы, как сейчас они обязаны докладывать о следах возможного физического насилия. Законопроект будет рассмотрен парламентским комитетом в этом году.

Марк ВИНТЕР.

По информации reuters.com

Имена и судьбы

«Быть всю жизнь земским, мужицким врачом»

На берегу Енисея поставят памятник учёному и хирургу

В Красноярске появится ещё один мемориал в честь В.Ф.Войно-Ясенецкого. Решение об этом приняла городская комиссия по увековечению памяти граждан и исторических событий, куда обратилось с такой инициативой руководство Красноярского государственного медицинского университета.

Он был верен долгу

Шесть лет назад КрасГМУ было присвоено имя В.Ф.Войно-Ясенецкого. Здесь создан мемориальный зал врача и учёного и даже открыт небольшой университетский храм в его честь, где хранятся частицы мощей Святого Луки. В 2017 г. исполнится 140 лет со дня его рождения, и к этой дате планируется установить перед входом в главный корпус вуза памятник гениальному врачу и учёному, чьё имя носит учебное заведение.

– Дело не просто в том, что профессор Войно-Ясенецкий какое-то время жил и работал в нашем крае, а в том, какое влияние он оказал на развитие красноярской медицины. Так, именно его усилиями здесь начала развиваться система повышения квалификации врачей. Для многих молодых хирургов, которые находились в операционной рядом с Валентином Феликсовичем, это была лучшая профессиональная школа. Я уже не говорю о нравственном примере этого необыкновенного человека: ссыльный священник, обиженный официальной властью, он продолжал любить свой народ и бесплатно лечить больных, хотя сам находился в крайне бедственном, унизительном положении для человека в профессорском звании. Такое беззаветное служение врачебному долгу мы стараемся прививать своим студентам. Вот чем обусловлено наше желание установить памятник Войно-Ясенецкому на территории Красноярского медицинского университета, – поясняет ректор КрасГМУ профессор Иван Артюхов.

Талант врача и душа святого

После выпускных экзаменов в Киевском медицинском университете молодой врач Валентин Войно-Ясенецкий, выходец из дворянской семьи, ко всеобщему удивлению заявил: «Я изучал медицину с исключительной целью: быть всю жизнь земским, мужицким врачом». Фигура этого человека вообще настолько же великая, насколько противоречивая. В 1920 г. он возглавил кафедру оперативной хирургии Туркестанского государственного университета и в том же году стал священником.

«Учение Иисуса Христа и учение Карла Маркса – это два полюса, они совершенно несовместимы». «Если бы я не был христианином, то, вероятно, стал бы коммунистом». «Из всех систем государственного устройства советский строй я считаю, без всякого сомнения, совершеннейшим и справедливым», – все эти высказывания приписываются святителю Луке, в миру профессору медицины Валентину Феликсовичу Войно-Ясенецкому. Сказанное удивляет потому, что великий русский хирург был трижды судим советскими властями именно за «связь с Церковью».

Но оставим в стороне его религиозно-политические воззрения, потому что в данном случае гораздо важнее медицинский подвиг Войно-Ясенецкого. Третий суд над врачом-священником приговорил его в феврале 1940 г. к 5 годам ссылки в Красноярский край. С марта 1940 г. Валентин Феликсович работал хирургом в больнице посёлка Большая Мурта, что в 100 км к северу от Красноярска.

– Именно талант и огромный опыт хирурга объясняют то, что Войно-Ясенецкого сразу же не сослали лет на 25 на Колыму и вообще оставили в живых, – считает ректор КрасГМУ Иван Артюхов. – Даже у самых смелых обвинителей срабатывал инстинкт самосохранения: комиссары тоже обращались к нему за медицинской помощью, когда помочь не мог больше никто. Остеомиелит, прободение язвы желудка, катаракта – Войно-Ясенецкий был поистине универсальным хирургом.

Когда началась война, «наверху» вспомнили о ссыльном профессоре, и с октября 1941 г. Войно-Ясенецкий стал консультантом всех госпиталей Красноярского края и сам выполнял 3-4 операции ежедневно. Находясь в енисейской ссылке, профессор завершил работу над самым главным своим научным трудом – «Очерки гнойной хирургии». Он очень спешил, так как прекрасно понимал значение данной книги именно для военных врачей. Кстати, в Красноярском медуниверситете хранятся уцелевшие экземпляры второго издания «Очерков гнойной хирургии».

Достоин поклонения

В Красноярском крае Войно-Ясенецкий прожил до1944 г. Причём с 1942 г. параллельно с работой в военных госпиталях он, уже в чине архиепископа, управлял Красноярской епархией. В память об этом на одной из центральных улиц Красноярска, у Архиерейского дома установлен памятник святому архиепископу Луке. Здесь он изображён в образе священнослужителя, и если бы не надпись на постаменте «Выдающий хирург В.Ф.Войно-Ясенецкий», мало кто из наших современников мог бы узнать в нём того самого врача-подвижника, гения гнойной хирургии.

– Очевидно, что и речи быть не может о том, чтобы просить разрешения Красноярской епархии РПЦ переместить памятник святителю Луке на территорию медуниверситета. Это было бы абсолютно некорректно. Зато возможно создать другой памятник, причём показать Войно-Ясенецкого в образе не только священнослужителя, но и врача. Ведь сам святитель Лука просил: «Если станете описывать мою жизнь, не пробуйте разделять хирурга и епископа». Насколько мы знаем, ни одного такого памятника ему пока нет, – продолжает ректор КрасГМУ.

По словам профессора Артюхова, монумент высотой 3,5 м будет выполнен в камне. Согласно изначальной задумке авторов, стоящий на постаменте Войно-Ясенецкий в одной руке держит крест, в другой – скальпель. Помимо этого на мемориале изображены Евангелие и фундаментальный труд учёного – «Очерки гнойной хирургии». В настоящее время архитектор Игорь Вильчевский и скульптор Константин Зинич окончательно дорабатывают проект, реализовать который предполагается на пожертвования преподавателей КрасГМУ и врачей Красноярского края.

Что касается площадки, на которой планируют установить памятник В.Ф.Войно-Ясенецкому, – это большой сквер перед медуниверситетом. По словам Ивана Артюхова, есть желание оформить здесь целую аллею памяти выдающихся врачей и учёных-медиков Красноярского края. Администрация города эту идею поддержала.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Красноярск.

Возвращаясь к напечатанному

Благодарность от французского президента

Недавно в «Медицинской газете» была опубликована корреспонденция «Вернувший Маресьева в небо» (см. № 45 от 22.06.2016). Рассказав о жизненном пути прославленного авиатора, газета сообщила некоторые сведения и о бывшем лечащем враче Героя Советского Союза, уроженце древнего города Трубчевска нынешней Брянской области Арсении Кривошапове. И вот история получила своё продолжение. После телефонного звонка из этого населённого пункта, я постарался основательно изучить всё, что сохранилось в архивах об этом поистине удивительном человеке, заслуженном враче РСФСР.

А.Кривошапов

Судьба не баловала будущего полковника медицинской службы уже с самого детства. Сначала умерла от воспаления лёгких в 1939 г. мать Екатерина Борисовна, потом трагически погиб отец Иван Дмитриевич. Пятеро детей остались предоставленными сами себе. Потеряла семья и самого младшего – Демьяна... На сохранившихся семейных фотографиях сразу обращает на себя внимание «кривошаповская порода»: правильные черты лица, непослушные копны волос, во всём облике так и сквозит крепкая крестьянская основательность.

По воспоминаниям одной из сестёр Клавдии Ивановны, будущий кавалер многих боевых орденов и медалей уже в детстве и юношестве отличался от других сверстников изрядным упорством и самостоятельностью поведения. Не будучи старшим, Арсений уехал в поисках работы в Донбасс, где и устроился на одну из шахт. По вечерам учился в вечерней школе, а из заработка ухитрялся материально помогать оставшимся в Трубчевске братьям и сёстрам, которым сообща даже удалось скопить денег на постройку дома. Здесь-то потом, хоть изредка, но удавалось встретиться всей семьёй.

В архиве Кривошаповых хранится немало фотографий и писем Арсения Ивановича. И в одном из них он сообщает, что успешно сдал экзамены в Харьковский медицинский институт. А вскоре эта тропинка упорной учёбы вывела парня из заштатного городка тогдашней Орловской области на широкую дорогу известного врача. Получив диплом, Арсений Кривошапов был направлен по распределению в город Тайшет Иркутской области. Вызванный в начале Великой Отечественной в Москву, просто чудом избежал смерти, опоздав на поезд, который разбомбила фашистская авиация. Добравшись в конце концов до столицы, вначале работал в санчасти штаба Резервного фронта, а затем – в эвакогоспитале ординатором хирургического отделения. В январе же 1943-го был назначен ординатором хирургического отделения Центрального военного научно-исследовательского авиационного госпиталя. Об этом периоде врачебной работы Арсения Ивановича «Медицинская газета» уже писала. Однако обратим внимание вот на что.

Вместе с А.Маресьевым в одно время в госпитале проходили курс лечения и лётчики прославленного французского полка «Нормандия-Неман». К той поре Арсений Иванович с присущей ему дотошностью занимался разработкой новых методов диагностики и лечения различных патологий, защитил кандидатскую диссертацию. Опубликовав больше 25 научных работ, он помог вернуться в боевой строй сотням лётчиков, штурманов и стрелков-радистов.

Входил военный врач и в состав отдела врачебно-лётной экспертизы по освидетельствованию военнослужащих лётного и инженерно-технического состава. И за годы войны такой тщательнейший медосмотр прошли больше 6 тыс. пациентов госпиталя. Так уж получилось, что в декабре 1944 г. Центральный военный научно-исследовательский авиационный госпиталь посетил будущий президент Франции генерал Шарль де Голль. Он тепло поблагодарил советских врачей за оказанную его землякам медицинскую помощь. Удостоился похвалы будущего руководителя государства и военврач Арсений Кривошапов.

Мне, к сожалению, лишь однажды довелось встретиться с заслуженный врачом РСФСР, да и то накоротке. Было не до расспросов. А вот многие жители Трубчевска до сих пор помнят седого старика, неторопливо прогуливающегося по аллеям городского парка. Он неизменно держал в руке свёрнутую газету, очень любил смотреть на открывающуюся с Соборной горы ширь окрестных полей. В последний раз Арсений Иванович побывал в родном городе 6 лет назад. Было ему тогда 96...

Василий ШПАЧКОВ,
соб. корр. «МГ».

Брянская область.

Фото из архива.

А ещё был случай

Любовь КОЛОСОВА

Призрак бродит по Европе

Посвящается подруге Елене Новиковой

Вы думаете, я вам сейчас про монстров и призраков страшилки разные рассказывать буду? Про монстров – нет, про страшилки – да! Про студенческие страшилки времён развитого социализма…

Знаете, какой экзамен в медицинском институте был самый важный после анатомии? Ни за что не отгадаете! – политэкономия и научный коммунизм! Весь год мы корпели над конспектированием «ВЕЛИКИХ мира того», а затем наставал час расплаты – экзамен. Готовились серьёзно, включая «коллективный разум» и «элементы конспирации»: кто билеты строчит, кто редактирует, кто мешки шьёт для «революционной литературы». Самые шустрые её должны на экзамен занести. Самые шустрые – это мы с Ленкой. И анамнез у нас «неотягощённый» – хорошо учимся и стихи всякие патриотические на занятиях по научному коммунизму и политэкономии декламируем…

«Багаж» знаний нашей группы по этому ответственному предмету получился очень увесистым. Поэтому – опять же в целях конспирации – выбрали самое объёмное платье, всё в рюшечках, клеточках и оборочках, под которыми умело замаскировали наши «листовки» – и вперёд!

Я – первая, за мной – вся группа. Тянут билеты, вслух говорят номера подслеповатому преподавателю, а я уже знаю – кому какую заготовку передать…

«Призрак бродит по Европе, призрак коммунизма» – это я уже билет отвечаю, театрально декламируя самые известные фразы из «Манифеста коммунистической партии» отцов наших Маркса-Энгельса, демонстрируя знание первоисточников и преданность идеалам марксизма-ленинизма, а заодно и отвлекая разомлевшего в «революционном соусе» преподавателя от цепной реакции передачи знаний по политэкономии и научному коммунизму. Я «отстрелялась», за мной заходит следующая «революционерка» – Лена, с новой порцией конспиративной литературы под юбкой. И так у нас ладно идёт этот процесс «распространения коммунистических идей», в зачётках – только «отлично» и «хорошо»!

Но на последнем заносе чуть не «засыпались»…

Из-за внушительного объёма шпор платье это дурацкое пришлось в четвёртый раз надевать, так как под любой другой одеждой они явственно контурировались, а в этих невообразимых рюшах и оборках можно было и пушку на экзамен занести… Этот предмет нашей «революционной борьбы» стоит описать подробнее: размера оно было этак 50-го, поэтому «подходило» практически всякой, главное – пояском потуже подвязаться. Фасончик тоже подходящий – с широкой юбкой-клёш, рюшками и оборками по подолу – ну ооочень вместительное! Расцветочка, конечно, демаскирующая – броская: крупная фиолетовая клетка на белом фоне, в духе «буржуазных фантазий», не пролетарского «единства цвета и мнений». Вот эта расцветочка нас чуть и не подвела. Увидел наш преподаватель, воспитанный в духе пролетарского минимализма, кружево-клеточную барышню № 4 и аж затрясся весь: «Что за безвкусица, что за мещанство! Где вы этих дурацких платьев понабрали, у меня от них уже в глазах рябит!»

В сегодняшние времена – «загнивающего капитализма» наш трюк с платьем, конечно, не прошёл бы, но при развитом социализме одинаковые платья никого не удивляли – из-за «всевещного» дефицита. Так что обошлось… экзамен сдали все и получили на память об этом революционном предмете только «хорошо» и «отлично»!

г. Ярцево,
Смоленская область.

Умные мысли

Игорь МАКЕЕВ

Вокруг семьи да около

- От сплошных «мыльных опер» телевизор может отсыреть.
- Дураки – переженятся, умные – разведутся. Так соблюдается равновесие.
- Рынок там общий, а браки – однополые.
- Мужчина совершенствуется в семейной жизни, а женщина портится в замужестве.
- Муж хмурится, а у жены дождь слёз.
- Подруга выбирает тебе друзей, жена – врагов.
- Лишиться хвоста – последнее дело эволюции.
- Чем слабее жена, тем энергичней тёща.
- Красоту женщины следует принимать со всей её бижутерией, парфюмерией и галантереей.
- Все любовные игры – без правил.
- Для умной женщины все мужчины одинаково неумны.
- Жена – плохой парикмахер.
- На баб смотрел сквозь пальцы, сложенные в фигу.
- Питерские мосты каждую ночь – в разводе. Вот бы мужикам так!
- Возвращается муж из командировки, а дома – неизвестная жена.
- На всякого шустреца довольно больной простаты.
- Как я провёл лето на свою дачу.
- Мудрецы – наглецы своего счастья.
- Сердце настойчиво стучало: «Отдай меня этой блондинке»!
- Не знаешь женщин, женись – узнаешь, какой ты мужчина.
- Мода хозяйничает на подиуме и опасается выйти на улицу.
- Женщина с золотым сердцем в декольте.
- Хрустальная туфелька трещит от ревматизма.
- Хорошую жену – носят на руках, красивую – привязывают к дивану.
- Любовь как горох – бросается на всех.
- Родители интересны, когда становятся предками.
- Сторож в женском монастыре не вооружён, но очень опасен.
- Упразднили моду – получили нудистский пляж.
- Женщина не может без победы. Но только не над собой.
- Вся мудрость мужского мира – в бюстгальтере женщины.
- Если женщина – ваш маяк, ведите её в темную спальню.
- Мало влюбиться, надо предупреждать себя об опасностях лю¬бви.
- В СССР секса не было. И заграница не хотела нам помогать. Что бы мы не размножались.
- Лучший способ избавиться от себя – жениться.
- Самый сексуальный предмет – телефон. Только позвонит, сразу мысль: «Она»!
- Свой день рождения ждут всю жизнь. День рождения начальника ждут весь трудовой стаж.
- Весна – любовь, зима – алименты.
- И ваша жена после развода станет настоящей женщиной.
- Любимое женское занятие – устраивать похороны собственной любви и жизни.

г. Талдом,
Московская область.

Ответы на сканворд, опубликованный в № 60 от 12.08.2016.

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, пом. XI, ком. 52 Москва 129110.
E-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения).
«МГ» в Интернете: www.mgzt.ru
ИНН 7702394528, КПП 770201001, р/с 40702810338000085671, к/с 30101810400000000225, БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

Отпечатано в АО «ПК «ЭКСТРА М» 143405 Московская область Красногорский район, г. Красногорск, автодорога «Балтия», 23 км, владение 1, дом 1.
Заказ № 16-07-00377
Тираж 28 420 экз.
Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.

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

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