

Медицинская

13 сентября 2017 г.
среда
№ 68 (7786)

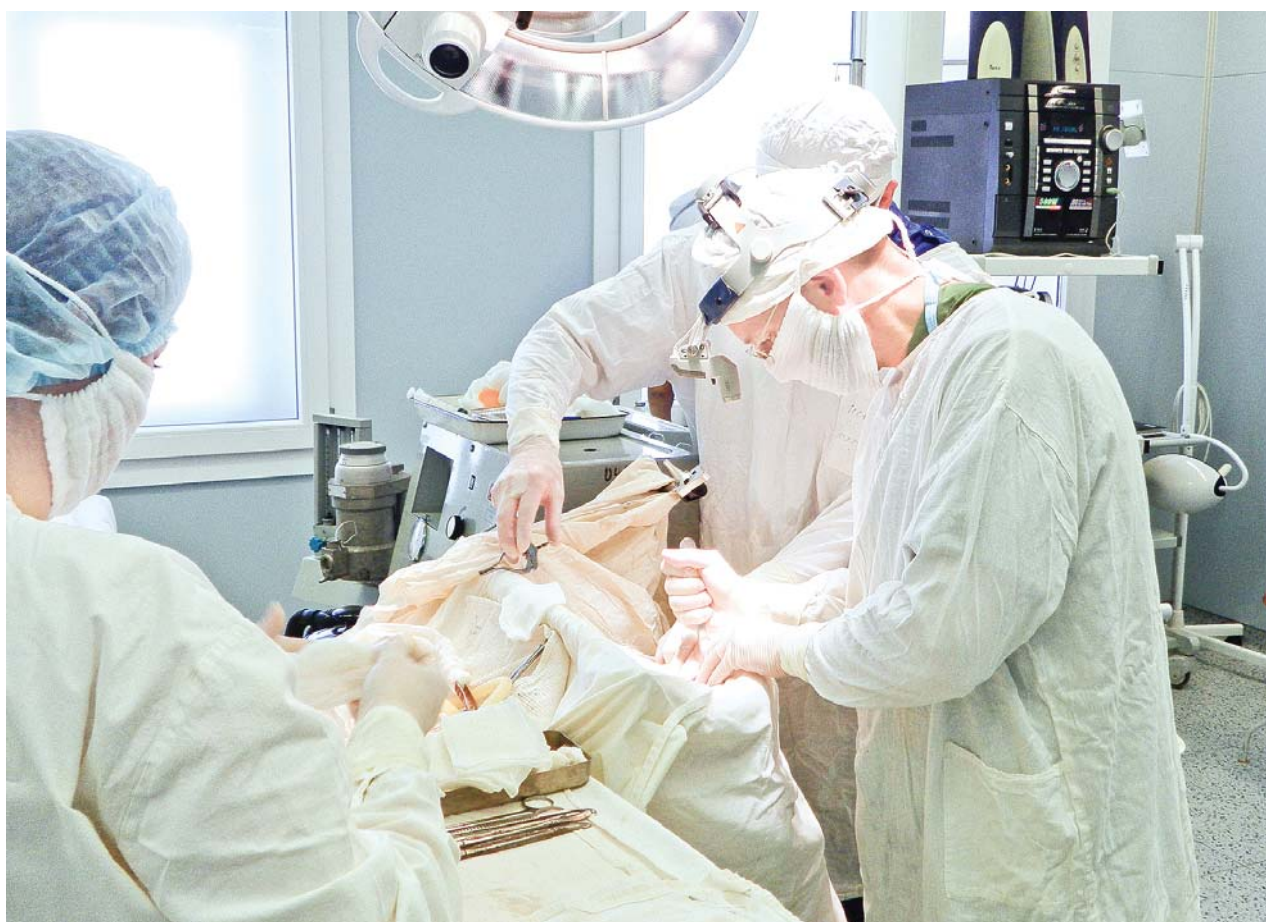
Газета®

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

Работают мастера

Верный шанс в самый острый период

Его дают астраханские нейрохирурги



Новые высокотехнологичные операции по клипированию аневризмы сосудов головного мозга внедрены в практику в нейрохирургическом отделении Александр-Марининской клинической больницы, что в Астраханской области.

На данный момент уже 5 пациентов успешно исцелено этой операцией экспертного уровня. Как известно, больные с таким диагнозом обычно поступают с жалобами на внезапную головную боль, головокружение, рвоту. Аневризму, то есть выпячивание стенки артерии, как известно, называют бомбой

Ответственный момент операции

замедленного действия, так как она опасна непредсказуемостью и может привести к разрыву стенки сосуда с кровотечением. Подобные операции теперь помогут практически исключить у пациентов риск развития повторного кровоизлияния в мозг.

«Беда в том, что при повторном разрыве аневризмы летальность резко растёт, – рассказывает заведующий нейрохирургическим отделением больницы Всеволод Ноздрин. – Потому и оперируем в остром периоде. Хорошо, что

появилось новое оборудование для клипирования таких дефектов стенки сосуда, теперь планируем поставить подобные сложнейшие вмешательства «на поток».

Успешно прооперированные первые пациенты искренне благодарят своих спасителей. По мировому опыту, в Астраханской области в год должно проводиться около 40 хирургических вмешательств.

Александра ЖВАЧКИНА,
внешт. корр. «МГ».

Астрахань.

Виктор ГОЛУБЦОВ,
начальник Центральной
медико-санитарной части № 58
ФМБА России:

Непосредственно в ЦССХ было выполнено 62 операции аортокоронарного шунтирования. Думается, в итоге выйдем на 100 операций в год.

Стр. 4-5



Константин ЗОРИН,
доцент кафедры ЮНЕСКО
«Здоровый образ жизни –
залог успешного развития»
МГМСУ им. А.И.Евдокимова,
кандидат медицинских наук:

К зависимости предрасположены люди одинокие, психически неуравновешенные, со сниженной способностью к адаптации в условиях стресса.

Стр. 11



Александр ЛИТВИНОВ,
профессор Смоленского
государственного
медицинского университета:

Часть из способных молодых врачей могут бросить своё дело и навсегда вернуться от медицинской профессии. Вот о них-то и моя печаль...

Стр. 12-13



Начало

«Мини-поликлиника» открывает двери

В Омске для жителей двух отдалённых микрорайонов открылся новый здравпункт. Первичную помощь здесь будут получать 2100 человек – жителей военного городка и небольшого посёлка. Здравпункт является структурным подразделением медико-санитарной части № 4, расположенной в областном центре.

Новая «мини-поликлиника» располагается на первом этаже жилого многоквартирного дома. Территория имеет удобные подъездные пути и парковочную стоянку для санитарного транспорта. Обслуживать население будут два фельдшера и медсестра. Здесь будут проводиться диспансеризация, вакцинация, в том числе и

сезонная – от гриппа, выездные консультации сотрудников центра здоровья и консультативный приём узких специалистов.

По словам первого заместителя министра здравоохранения Омской области Дмитрия Вьюшкова, для того, чтобы жители военного городка и посёлка снова смогли получить медицинскую помощь в шаговой доступности, а не ездить в город за десять с лишним километров, была проведена большая работа, в том числе по передаче помещения в областную собственность, его перепланировке, ремонту и обеспечению необходимым оборудованием и мебелью.

Татьяна БЕРЕЗОВСКАЯ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

События

Аист — символ новорождённых

Торжественное открытие необычной скульптуры – аиста, словно на миг приземлившегося у скамейки возле перинатального центра Свердловской областной детской клинической больницы № 1, собрало множество гостей.

«Данная скульптура – не просто символ счастья, а важный памятный знак для семьи, покидающей медицинское учреждение в новом для них статусе родителей», – подчеркнул на открытии министр здравоохранения области Игорь Трофимов.

Изображение аиста – это подарок благотворительного фонда «Дети России» и Уральской горно-метал-

лургической компании. Разработка эскиза и создание скульптуры велись в течение двух лет. Главной идеей было не просто украсить территорию медицинского учреждения, а создать по-настоящему тёплое и душевное место с особенной атмосферой.

Во время торжественной церемонии открытия молодая семья и их новорождённый сын Фёдор,

которому всего три дня, первыми смогли присесть на скамью и сделать памятное фото.

«Надеемся, что первые фотографии семейного архива с аистом позволят украсить самый важный момент в жизни каждой семьи. Мы благодарны всем за поддержку и создание символа семейных ценностей, заботы и любви», – сказал главный врач больницы Олег Аверьянов.

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Екатеринбург.

DIXION

МЕДИЦИНСКАЯ ТЕХНИКА
ОТ РОССИЙСКОГО ПРОИЗВОДИТЕЛЯ

ВОЗМОЖНОСТЬ
АРЕНДЫ

Шприцевые насосы



- Большой контрастный LCD дисплей
- Расширенный спектр режима инфузий
- Автоматическое определение объёма подключаемого шприца, расчет скорости потока

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

Новости

Полноценное переоснащение

Правительство РФ издало распоряжение, принятое в соответствии с планом действий в отдельных отраслях экономики в 2017 г. Предусмотрена поставка автомобилей скорой медицинской помощи в 75 субъектов федерации в количестве 1150 единиц.

Ранее Минпромторгу были направлены бюджетные ассигнования в объёме 3 млрд руб. из резервного фонда Правительства РФ на закупку автомобилей скорой медицинской помощи для организаций, определённых Минздравом в субъектах федерации в соответствии с потребностями регионов.

Подписанным распоряжением предусмотрено приобретение 1150 автомобилей скорой медицинской помощи напрямую у крупнейших российских автопроизводителей: ООО «Автомобильный завод «ГАЗ», ООО «УАЗ».

Павел АЛЕКСЕЕВ.

ПЭТ-обучение набирает обороты

На базе белгородского центра позитронно-эмиссионной томографии открылся учебный центр. Проведение лекционной части планируется в белгородском онкологическом диспансере, практическая часть будет проходить в центре ядерной медицины.

Совместно с белгородским центром дополнительного медицинского и фармацевтического образования, аккредитации и сертификации при поддержке Белгородского государственного национального исследовательского университета в рамках постдипломного образования для врачей клинических специальностей, среднего медицинского персонала с сентября этого года в расписание курсантов включены лекционные и практические занятия по диагностическим возможностям исследования методом ПЭТ/КТ.

Планируется создать 3 уровня интеллектуального медицинского наполнения лекционной части: начальный, средний и высокий. Это позволит использовать индивидуальный подход к врачам разных специальностей: терапевтам и врачам семейной практики, врачам хирургических специальностей, онкологам, радиологам.

Выбор белгородского центра ядерной медицины в качестве площадки для проведения обучения неслучаен. Центр ПЭТ/КТ в Белгороде открылся 17 марта нынешнего года. С его появлением высокотехнологичная медицинская помощь стала доступнее для жителей региона. Возможности центра позитронно-эмиссионной томографии позволяют обследовать до 5 тыс. онкологических больных в год. К концу минувшего августа здесь провели уже около 1600 диагностических исследований. Во всей федеральной сети центров ПЭТ к этому моменту прошли обследование более 47 тыс. человек.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.

Белгород.

Наркомании —
строгое предупреждение

В поликлиниках по всей стране откроют кабинеты профилактики наркологических заболеваний. Об этом сообщил главный нарколог Минздрава России и Департамента здравоохранения Москвы профессор Евгений Брюн.

«Сейчас по инициативе заместителя министра здравоохранения Татьяны Яковлевой вводится профилактика наркологических заболеваний в первичном медицинском звене. И уже в ближайшее время открываются специальные кабинеты профилактики наркологических заболеваний в поликлиниках, центральных районных больницах. Там, где есть профилактические кабинеты, будут специально ещё и профилицировать наркологические заболевания для людей, которые злоупотребляют алкоголем, употребляют табак, наркотики», — сказал Е.Брюн.

По его словам, 15% пациентов соматических больниц получают свои заболевания в связи со злоупотреблением алкоголем и 4,7% — в связи с употреблением нелегальных наркотических средств.

Борис БЕРКУТ.

Москва.

Создателю терапевтической школы

Мемориальную доску врачу Максиму Кончаловскому открыли на доме 24 по улице Большая Молчановка в Москве, где жил этот заслуженный деятель науки РСФСР, профессор.

Максим Петрович окончил в 1899 г. медицинский факультет Московского университета. В последующем, с 1918 по 1928 г., был профессором 2-го Московского государственного университета, деканом медицинского факультета. В 1929-1942 гг. заведовал кафедрой факультетской терапевтической клиники сначала 1-го Московского государственного университета, а затем Первого Московского Ордена Ленина медицинского института.

В процессе своей медицинской деятельности М.Кончаловский внёс огромный вклад в развитие здравоохранения. В 1935-1937 гг. он издал трёхтомник клинических лекций: первый том посвящён заболеваниям сердечно-сосудистой системы, второй — заболеваниям желудочно-кишечного тракта, почек, желёз внутренней секреции, третий — заболеваниям органов дыхания, кроветворения. Под его редакцией в 1933 г. издан учебник по внутренним болезням. В 1934 г. за заслуги в медицине врач был удостоен звания заслуженного деятеля науки.

«Напомним, что до того, как мы открыли эту мемориальную доску, одна из московских больниц также получила имя Максима Кончаловского. Максим Петрович создал настоящую терапевтическую школу», — сказал заместитель мэра столицы по вопросам социального развития Леонид Печатников на торжественной церемонии.

Иван МЕЖГИРСКИЙ.

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

В особых условиях

Врачи учат спасателей

Экстренные службы проходят азы необходимой науки

С сентября учебно-методический отдел регионального центра медицины катастроф Воронежской области продолжил подготовку специалистов по программам дополнительного образования «Правила оказания первой помощи пострадавшим в ДТП» и «Правила оказания первой помощи пострадавшим при несчастных случаях и ЧС». С начала года обучение в центре прошли уже около 400 человек.

В настоящее время формируются группы из личного состава штатных и нештатных аварийно-спасательных служб и противопожарных формирований МЧС России, сотрудников региональных органов внутренних дел, в том числе ДПС, водителей, среднего медицинского персонала, педагогов образовательных учреждений, студентов различных вузов.

Продолжительность курса составляет 24 и 36 академических часов. Учебно-методический отдел оснащён современным мультимедийным оборудованием. Для отработки практических навыков по оказанию первой помощи при различных неотложных состояниях используются манекены-тренажёры. Преподаватели же центра — высококвалифицированные специалисты, за плечами которых большой опыт оказания помощи жертвам при реальных ЧС.



Идёт отработка приёмов оказания помощи на современных манекенах

В условиях ограниченного времени, когда от грамотных действий спасателей зависит судьба пострадавших, цена ошибки слишком велика.

«Жизнь пострадавших часто зависит от того, какая помощь будет оказана им в первые минуты. В нашем центре мы обучаем слушателей правилам оказания первой помощи пострадавшим в ДТП, при ЧС и несчастных случаях и разбираем правовые основы. Ведь большинство людей, ставших очевидцами или участниками трагедии, чаще

всего боятся действовать из-за незнания законов и правил оказания первой помощи», — отметила заведующая учебно-методическим отделом Светлана Королёва.

Кроме того, специалисты центра проводят выездные занятия по оказанию первой помощи в образовательных учреждениях, на спортивных и развлекательных мероприятиях.

Оксана КОЗЛОВА,
внест. корр. «МГ».

Воронеж.

Инициатива

Мечта становится явью...

Некогда широко известное понятие «профориентация», пройдя через годы забвения, возвращается в систему образования. Профильные классы становятся важной составной частью формулы эффективного взаимодействия вузов и школ. Однако в Ставрополе решились на необычный эксперимент — открытие медицинского класса в школе с лингвистическим уклоном, успех которого обеспечит качественное усиление профориентационной работы.

На днях в средней образовательной школе № 1 Ставрополя состоялось торжественное открытие медицинского класса, обучение в котором будет вестись совместно со Ставропольским государственным медицинским университетом. Выступая на торжественной церемонии открытия нового класса,

ректор СтГМУ Владимир Кошель сказал следующее: «Мы давно убедились в том, что выпускники медико-биологических классов, существующих в ряде школ краевого центра, становятся одними из самых мотивированных студентов нашего вуза. Открывая очередной профильный класс, но уже на базе школы с углублённым изучением английского языка, мы расширили цели традиционной профориентационной работы. Планируется, что молодые люди в недалёком будущем станут преподавателями нашего вуза, работающими со студентами — гражданами различных государств мира, пополнят ряды учёных СтГМУ, ведущих исследования совместно с зарубежными специалистами из крупных университетов и научных центров в самых современных областях медицины».

Помимо углублённого изучения химии, биологии, старшечкасси-

ки будут изучать латинский язык на базе своей школы, заниматься в малой медицинской академии СтГМУ: слушать лекции ведущих учёных университета, посещать кафедры, музеи, отрабатывать практические навыки с использованием фантомных и симуляционных технологий в области первой помощи, ухода за больными, а также навыки действий в чрезвычайных ситуациях в центре практических навыков.

Ирина Шацкая, директор школы № 1, пояснила, что от идеи создания такого класса до её реализации прошло всего лишь несколько месяцев, и первый медицинский класс — 18 человек — уже приступил к занятиям.

Рубен КАЗАРЯН,
соб. корр. «МГ».

Ставропольский край.

Ситуация

Ребёнка «оживили» все вместе

В Омской области благодаря оперативной и слаженной работе медиков удалось спасти ребёнка, который едва не утонул в бассейне.

Диспетчеру службы скорой помощи Кормиловской центральной районной больницы поступил экстренный вызов. Бабушка двухлетнего малыша сообщила, что внук упал в бассейн и перестал дышать. Посёлок, откуда поступил вызов, расположен в 19 км от райцентра. На вызов незамедлительно выехала бригада «03».

Уже через 11 минут родственники передали мальчика фельдшеру

бригады скорой помощи. В момент передачи у малыша произошла остановка дыхания. Фельдшер Инна Нохрина, не растерявшись, тут же на месте стала проводить реанимационные мероприятия, что позволило восстановить дыхание ребёнка. По прибытии в Кормиловскую ЦРБ маленького пациента обследовали, его осмотрел врач-реаниматолог. Подробную консультацию кормиловские медики получили и от дежурного реаниматолога областной детской клинической больницы.

Всю ночь врачи проводили мероприятия по восстановлению жизненно важных функций ребёнка. К утру его состояние улучшилось,

он пришёл в сознание и бригадой санитарной авиации был доставлен в неврологическое отделение областной детской больницы, где находится в настоящее время и получает необходимое лечение. Врачи отмечают положительную динамику. Всё закончилось благополучно, по словам заместителя главного врача Кормиловской ЦРБ Людмилы Тарановой, благодаря оперативной работе службы «03» и слаженным действиям родственников и медиков.

Татьяна НИКОЛАЕВА.
МИА Cito!

Омск.

Официально

Преодолевающая устойчивость к антибиотикам

Министерство здравоохранения РФ разработало и внесло в Правительство РФ Стратегию предупреждения распространения антимикробной резистентности на период до 2030 г. Она должна определить задачи по сдерживанию этой биологической угрозы.

Стратегия направлена на предупреждение и ограничение распространения устойчивости микроорганизмов к противомикробным (в том числе противовирусным, противогрибковым и противопаразитарным) препаратам, а также устойчивости микроорганизмов, включая вредные организмы растений, к иным противомикробным химическим и биологическим средствам, в том числе пестицидам.

Как сообщили в Минздраве, в разработке документа принимали активное участие Минсельхоз, Минпромторг, Роспотребнадзор, Россельхознадзор, Минфин, Минэкономразвития, ФАНО, РАН.

Стратегия нацелена на решение многих задач. Это и повышение грамотности населения при использовании противомикробных препаратов, и объяснение возможности их адекватной замены и недопустимости самолечения. Меры должны повысить эффективность лечения микробных заболеваний человека, животных и растений, снизить тяжесть и длительность течения заболеваний, уменьшить смертность. Предполагается, что вырастет уровень подготовки специалистов. Будут установлены базовые показатели, характеризующие степень распространённости устойчивости микробов к лечебным препаратам.

Минздрав России сформировал план мероприятий по реализации стратегии, предусматривающий нормативно-правовое регулирование отношений в области предупреждения распространения антимикробной резистентности в РФ, осуществление мер, исключающих бесконтрольное применение противомикробных

лекарственных препаратов, а также обеспечение отдельных мероприятий по предупреждению распространения антимикробной резистентности, в том числе программно-целевым методом.

Как отмечают специалисты министерства, за последние годы произошёл целый ряд позитивных изменений: были разработаны и утверждены Клинические рекомендации по определению чувствительности к антимикробным препаратам (гармонизированы с Европейскими рекомендациями по определению чувствительности к антимикробным препаратам); существенно доработана методическая база; зарегистрированы новые методы и методические подходы в оценке чувствительности к антимикробным препаратам и детекции отдельных механизмов устойчивости; обновлён список диагностических микробиологических материалов; утверждён сотрудничающий центр ВОЗ по вопросам контроля антибиотикорезистентности; начата подготовка национальной стратегии сдерживания антибиотикорезистентности и др.

Алексей ПАПЫРИН,
обозреватель «МГ».

Москва.

На контроле!

Минздрав против продажи алкоголя «не глядя»

При легализации дистанционной продажи любого вида алкогольной продукции возникает риск нарушения уже установленных запретов продажи алкогольной продукции, например продажи в ночное время и несовершеннолетним, а также рост торговли нелегальным алкоголем.

Реализация алкогольной продукции дистанционным способом неизбежно сопровождается её рекламой, что может увеличивать потребление спиртосодержащих напитков, в особенности несовершеннолетними. Так обосновывается позиция Минздрава России в недавнем официальном сообщении.

Продажа алкогольной продукции дистанционным способом запрещена пунктом 5 Правил продажи товаров дистанционным способом, утверждённых поста-

новлением Правительства РФ № 612 от 27.09.2007. Подпунктом 8 пункта 2 статьи 21 Федерального закона № 38-ФЗ от 13.03.2006 «О рекламе» запрещена реклама алкогольной продукции в информационно-телекоммуникационной сети Интернет.

Более того, 29 июля 2017 г. вступил в силу Федеральный закон № 278-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «О государственном регулировании производства и оборота этилового спирта, алкогольной и спиртосодержащей продукции и об ограничении потребления (распития) алкогольной продукции» и отдельные законодательные акты Российской Федерации», которыми вносятся комплексные изменения в порядок оборота алкогольной продукции на территории РФ, в том числе устанавливается запрет на реализацию алкогольной продукции дистанционным способом.

Так, пункт 1 статьи 11 Федерального закона № 171-ФЗ от 22.11.1995 «О государственном регулировании производства и оборота этилового спирта, алкогольной и спиртосодержащей продукции и об ограничении потребления (распития) алкогольной продукции» дополняется абзацем следующего содержания: «Не допускается розничная продажа спиртосодержащей пищевой продукции, в том числе дистанционным способом, а также розничная продажа спиртосодержащей непивной продукции с использованием торговых автоматов».

Поэтому специалисты Минздрава считают, что разрешение интернет-торговли алкогольной продукцией противоречит уже внесённым изменениям в действующее законодательство и несёт серьёзный риск увеличения потребления алкоголя, что ставит под угрозу дальнейшее сокращение заболеваемости и смертности населения.

Алексей ПИМШИН.
МИА Сити!

Подписка-2018

Старт подписной кампании

Уважаемые читатели!

Условия оформления подписки на «Медицинскую газету» вы найдёте в Объединённом каталоге «Пресса России – 2018» в отделениях почтовой связи России.

42797 – на год;

32289 – на полугодие;

50075 – на месяц.



Можно подписаться на «МГ» и через редакцию по льготным ценам, направив заявку по электронной почте: mg.podpiska@mail.ru или по почте: **пр. Мира, 69, стр. 1, Москва 129110.**

Справки по телефонам: **8 (495) 608-85-44, -681-35-96, 8-916-271-08-13.**

О подписке на электронную версию «Медицинской газеты» читайте на сайте www.mgz.ru

Статистика

О поликлиниках народ говорит напрямую

Московскому сервису опросов пациентов по электронной почте о результатах приёма в поликлиниках исполнилось 2 года. За это время Единая медицинская информационно-аналитическая система получила более 1,3 млн анкет, из которых 250 тыс. были дополнены комментариями.

После посещения врача пациентам на электронную почту направляют анкету, где предлагают ответить на вопросы об удовлетворённости результатами приёма, качеством работы и отношением медицинского персонала, а также чистотой и порядком в поликлинике. Оценку можно выставить по 5-балльной шкале от «полностью удовлетворён» до «не удовлетворён».

Кроме того, участник опроса может оставить комментарий в свободной форме. Анкеты получают пациенты старше 18 лет, посетившие накануне одного врача, а также указавшие свой адрес электронной почты при регистрации на портале услуг, инфомате или на стойке информации в поликлинике.

Результаты опросов попадают в Единую медицинскую информационно-аналитическую систему и включаются в общий рейтинг удовлетворённости работой городских поликлиник, анкета поступает в ситуационный центр Департамента здравоохранения Москвы, где все ответы регулярно анализируются, а комментарии участников классифицируются по 5 основным темам.

«Нам очень важно знать мнение москвичей, быть в постоянном диалоге с ними. Благодаря отзывам и комментариям мы видим, как горожане относятся к работе городских поликлиник, с какими проблемами сталкиваются различные группы пациентов, понимаем, как улучшить качество работы», – отметил заместитель руководителя столичного Департамента здравоохранения Алексей Погонин.

Разработанный алгоритм классификации позволяет оперативно реагировать на проблемы. Все комментарии направляются главным врачам соответствующих поликлиник. Вопросы, которые встречаются чаще всего, выносятся на городской уровень, например в проект «Московский стандарт поликлиники».

Чтобы сервис стал ещё удобнее, вопросы анализируются рабочей группой «Московский стандарт поликлиники», прорабатываются дополнительные варианты сбора отзывов, порядок отбора и включения предложений по повышению качества работы поликлиник и дополнительная возможность предоставления обратной связи.

Так, с июля позапрошлого года по июль нынешнего число удовлетворённых результатом посещения врача пациентов увеличилось с 87 до 91%, отношением медицинского персонала – с 83 до 91%, а чистотой и порядком в клинике – с 92 до 97%.

Яков ЯНОВСКИЙ.

Москва.

Санитарная зона

Англия импортировала вирус гепатита Е

До 200 тыс. британцев инфицированы к настоящему времени вирусом гепатита Е (HEV), считают в Министерстве здравоохранения Англии. Об этом со ссылкой на информацию министерства сообщила Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

Штамм вируса выявлен в импортируемых в Великобританию продуктах из свинины, поступающих в сеть супермаркетов по всей стране. Министерство объявило, что количество подтверждённых случаев гепатита Е выросло с 368 в 2010 г. до 1266 в 2016 г., отмечает Роспотребнадзор.

Гепатит Е регистрируется в Великобритании с 2011 г. В 2016 г. было проведено тщательное исследование причин заболевания, однако до августа 2017 г. результаты не были опубликованы из-за «особой чувствительности» проблемы. Источником заболевания названы инфицированные штаммом G3-2 вируса гепатита Е продукты из свинины (ветчина, колбаса, сосиски и др.) от европейских производителей (Голландия, Дания, Германия). По заявлению Минздрава Англии, данный штамм отличается от того, который выделяется у свиней, выращиваемых в Великобритании. Некоторые учёные даже называют по случаю выхода

Англии из Евросоюза «европейский» штамм «вирусом Брексит».

Специалисты предполагают, что причинами являются нарушения общепринятых правил при вскармливании и содержании свиней в некоторых странах Европы, и указывают на необходимость детального проведения эпидемиологического расследования.

Согласно многолетним данным, пик заболеваемости гепатитом Е приходится на апрель – май и регистрируется не только в Великобритании, но и в Европе, напоминают в Роспотребнадзоре. Ранее вирус гепатита Е не представлял для системы здравоохранения страны серьёзной угрозы, так как в большинстве случаев болезнь протекала без выраженных симптомов и осложнений. Вместе с тем в последнее время учёные регистрируют более тяжёлое и длительное течение заболевания. Возросло также число случаев с поражением нервной системы. От человека к человеку вирус передаётся редко, за исключением случаев прямого переливания крови. Вирус особо опасен для лиц с ослабленным иммунитетом.

В связи с поступившей информацией Роспотребнадзор направил в территориальные подразделения указания по усилению контроля над продукцией в обороте. Ситуация остаётся на контроле ведомства.

Валерий СУВОРИН.
МИА Сити!

«Нет, невозможно смириться с жизнью, когда в 40 лет мечтаешь, чтобы перестало болеть сердце! Так хочется жить, не боясь аритмии, удушья и, главное, без омерзительного липкого страха...»

С подобными монологами, как у моего друга, готовящегося к операции, врачи центра сердечно-сосудистой хирургии (ЦССХ) больницы Центральной медико-санитарной части (ЦМСЧ) № 58 ФМБА России сталкиваются практически ежедневно. Более 1,5 тыс. пациентов в год получают здесь высококвалифицированную медицинскую помощь. И, конечно, особое внимание в многопрофильном лечебно-профилактическом учреждении ЦМСЧ уделяется высокотехнологичной медицинской помощи.

В планах – протезирование клапанов

– Количество федеральных квот на высокотехнологичную медицинскую помощь и квот, «погруженных» в ОМС, в этом году составило 803. Это оперативное лечение больных, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями, нейрохирургические, урологические операции, гинекологические вмешательства, протезирование суставов, – рассказывает начальник ЦМСЧ Виктор Голубцов. – Непосредственно в ЦССХ было выполнено 62 операции аортокоронарного шунтирования. Не меньше ожидается и в нынешнем. Думается,



Виктор Голубцов

Ориентир

в начале ангиохирургической службы ЦМСЧ, а позже и центра сердечно-сосудистой хирургии, руководителем которого стал в 2009 г.

– Северодвинску повезло, что ЦМСЧ удалось создать рентгенососудистое отделение. Его грамотные, высококвалифицированные специалисты: заведующий отделением рентгенохирургии Сергей Голышев, Александр Абрамов, Борис Губкин, Данила Новиков и другие, – воистину творят чудеса, – говорит Владимир Мансуров, заведующий вторым отделением реанимации и анестезиологии.

Хирургический взлёт

Врачи уверены, что «мотор» человеческого организма в наш век

хирургическом лечении аневризмы аорты, проводят комплексное лечение атеросклероза артерий нижних конечностей (ангиопластика, стентирование, шунтирование, реабилитация) и многое другое, – рассказывает руководитель ЦМСЧ.

Позже из отдела медицинской статистики больницы я получила такую справку: «Более 1,5 тыс. рентгеноконтрастных исследований сосудов, свыше 500 рентгенохирургических операций и 400 открытых операций на сосудах и сердце выполняются ежегодно хирургами центра».

По своей системе

Рассказ о деятельности центра был бы не полным, если не упомянуть об одном из самых основных

С надеждой и полноценную

Северодвинский центр сердечно-сосудистой хирургии спасает



Идёт гибридная операция

в итоге выйдем на 100 операций в год. Планируется расширение перечня операций на открытом сердце. В частности, готовимся к выполнению операций протезирования клапанов сердца, но это потребует серьёзной работы и времени.

Беседуя с В.Голубцовым, отметила немаловажный факт: при том, что количество хирургических вмешательств в центре сердечной хирургии увеличивается, больничная летальность снижается. Помню, как, впервые побывав в ЦССХ и увидев хорошо оборудованные просторные палаты, современные операционные, отделение реанимации, где даже стены по совету невролога окрашены в сиреневый тон (активизируют работу головного мозга), не могла сдержать эмоций, восхищаясь уровнем оснащения центра. Быть довольными и специалистам, и пациентам есть чему, начиная от диагностических манипуляций с помощью компьютерной и маг-

нитно-резонансной томографии и до рентгеновских комплексов, в том числе цифровых.

– Высокотехнологичное оснащение центра – это современный универсальный ангиограф, позволяющий нашим специалистам выполнять широкий спектр «бескровных» внутрисосудистых (эндоваскулярных) хирургических вмешательств, включая стентирование коронарных артерий при ишемической болезни сердца, установку кардиостимуляторов при нарушениях ритма сердца, внутрисосудистый тромболитизис при тромбозах сосудов сердца и головного мозга, а также эндоваскулярные операции на аорте, лёгочной артерии и её ветвях, магистральных артериях головного мозга и др., – перечисляет руководитель медсанчасти, не скрывая гордости.

Все эти операции направлены на профилактику инсультов, инфарктов миокарда, разрывов аневризмы аорты и других сер-

дечно-сосудистых и неврологических заболеваний.

Коллектив единомышленников

Из дальнейшей беседы узнаю, что техническая база ЦМСЧ располагает и таким высокотехнологичным оборудованием, как аппарат для интраоперационной рентгенографии, аппараты искусственного кровообращения, для реинфузии крови, эндовидеохирургическими стойками экспертного класса, компьютерной навигацией, современной наркозно-дыхательной аппаратурой, новейшими системами мониторинга и многим другим.

Ловлю себя вдруг на крамольной мысли: а ведь всего этого могло и не быть, как и центра, не сложись очень работоспособный, продвинутый коллектив единомышленников во главе с Владимиром Семенским, хирургом-лидером и умелым организатором,

стрессов и гиподинамии подвергается всё большему и большему риску. По данным статистики, в России ежегодно регистрируется более 600 тыс. случаев острого коронарного синдрома, из которых около 200 тыс. приводят к развитию инфаркта миокарда. Кроме того, инфаркты и прочие сердечно-сосудистые заболевания катастрофически молодеют.

– К старости организм потихоньку привыкает к закрывающимся сосудам и перераспределяет кровоток, – продолжает разговор В.Мансуров. – А если путь крови что-то преградило у молодого... Единственный способ получить

отделений больницы – кардиологическом, заведует которым заслуженный врач РФ Александра Киселёва. В кардиологии ЦМСЧ ежегодно спасают порядка 1800 человек.

Благодаря усилиям Александры Николаевны в стационаре создана стройная система лечения и реабилитации больных, включающая обязательное лечение в условиях реанимационного отделения, палатах интенсивной терапии, а также в отделении восстановительного лечения на амбулаторном этапе. В последние 2 года больные с инфарктом либо с подозрением на него



Александра Киселёва

сто процентную информацию о состоянии сердечно-сосудистой системы – коронарография. В нашей медсанчасти это есть.

За 10 лет существования центра случился настоящий взлёт в кардиохирургии. Ишемическая болезнь сердца, стенокардия, инфаркт миокарда, аритмии, сердечная недостаточность и другие кардионедуги успешно лечатся в ЦССХ.

– Здесь делают редкие внутрисосудистые операции при атеросклерозе сосудов головного мозга, хронической церебральной ишемии, эндоваскулярном и хи-

поступают по «скорой» сразу в больницу ЦМСЧ независимо от места работы пациентов. Александра Николаевна считает, что именно в медсанчасти есть все самые современные возможности для оперативной постановки диагноза и использования самых современных методик ведения больных с острым коронарным синдромом.

– Всего с момента открытия ЦССХ нашими специалистами выполнено 7827 операций. Из них на брюшной аорте, прецеребральных артериях и артериях конечности – 5444. Кроме того, наши



Владимир Мансуров

Позже врачи объяснят мне, что эту вену «приживят» в обратном направлении, чтобы венозные клапаны не мешали движению крови. Но поскольку у пациентов с тяжёлой симптоматикой, каким оказался оперируемый, поражено сразу несколько мест, хирургам пришлось «приживлять» одновременно несколько отрезков вены.

Сердце запустили

Операция продолжается... На кардиомониторе прямая линия... Прошло уже более получаса, как у пациента отключено сердце. Для людей непосвящённых подобная картина – шок! А вот хирурги спокойны, всё идёт по плану, больному «вживляется» четвёртый шунт. Не стану утруждать читателей дальнейшими подробностями

на здоровую жизнь...

более полутора тысяч пациентов в год

доктора проводят консультации не только в больнице стационара, но и в других городских медучреждениях, включая госпиталь ВМФ. Имея возможность делать высокотехнологичные операции, мы дарим людям надежду на выздоровление и полноценную жизнь. Вот такая у нас замечательная профессия, – говорит Андрей Басакин, заместитель начальника ЦМСЧ по медицинской части.

Семенский стал первым

– Можно начинать, поехали...
Операционная бригада – 8 человек во главе с ведущим кардиохирургом и руководителем центра Владимиром Семенским – начинает операцию аортокоронарного шунтирования на открытом сердце.

Если раньше больные отправлялись в Архангельск, в федеральные центры, то сегодня им помогают в ЦМСЧ. В значительной мере благодаря усилиям Владимира Семенского, ЦМСЧ получила лицензию на такие высокотехнологичные виды медицинской помощи, как сердечно-сосудистая хирургия и нейрохирургия.

Именно Владимир Анатольевич, как рассказали мне его коллеги, первым в Северодвинске провёл операцию на открытом сердце. И она стала огромным шагом вперёд в развитии сердечно-сосудистой хирургии в нашем городе.

Однако вернёмся в операционную. Как говорят коллеги-журналисты, мне дико повезло! Ещё бы, удалось увидеть операцию, какую выполняют в крупнейших центрах сердечной хирургии. У людей, страдающих ишемической болезнью сердца, она даёт хорошие результаты. Сама свидетель. С тех пор как моему другу сделали в ЦССХ шунтирование, приступы стенокардии исчезли. Он счастлив, дыша полной грудью...

«Артерия, зажим»

Пациент, молодой мужчина лет 45, – в глубоком наркозе. Грудная клетка вскрыта. Вижу сердце, которое пока ещё бьётся. Но уже



Владимир Семенский

совсем скоро хирурги сердце отключат, чтобы начать спасительные манипуляции.

– Двадцать лет гипертоник. Многососудистое поражение... Четыре шунта как минимум, – тихо поясняет за спиной кто-то из анестезиологов.

– Так, надо бы коронарный отсос, – это уже голос В.Семенского под маской.

– Готов, работает.

Полная сосредоточенность всех, кто в эти минуты находится в операционной, и только чавкающе-шлёпающий звук отсоса да отрывистые вполголоса команды Владимира Анатольевича:

– Артерия, зажим.

И снова:

– Вена, зажим, сушим...

Говорят о том, что идёт подготовка оперируемого к искусственному кровообращению. Это значит, что сердце будет остановлено на 40-50 минут, а может и дольше для создания анастомозов – соединений шунтов и сосудов.

Как можно прочитать в медицинских книгах, технически операция заключается в «обходе тромбированного или суженного места между аортой и так называемыми веночными артериями с помощью трансплантата – большой подкожной вены (шунта), которая иссекается у пациента из голени».

сложнейших манипуляций, которые длились почти 5 часов и где были применены самые передовые методики и технологии. Скажу только, что сердце пациента врачи запустили на 65-й минуте.

Во время операции меня поразили отточенность движений рук В.Семенского, его выдержка. Невольно вспомнились слова Голубцова: «Он знает, что нужно, и делает, как должно».

В.Семенский уверен в каждом из специалистов операционной бригады, где люди давно понимают друг друга с полуслова, потому что вместе они команда: Владимир Семенский, Игорь Немцев, Александр Сахаров, Константин Пищухин, Павел Голубцов, а также операционная сестра Наталья Емельянова, медсёстры Елена Анциферова, Ольга Шилова и санитарка Снежана Ермолина.

Всем вам, кто работал в этот день в операционном блоке, вам, заново подарившим человеку надежду на здоровье и жизнь, – низкий поклон!

Светлана БОГОМОЛОВА,
внешт. корр. «МГ».

Северодвинск,
Архангельская область.

Фото из архива ЦМСЧ № 58.

Проблемы и решения

Школе нужен свой врач

На этом настаивает обеспокоенная общественность

Существующая система охраны здоровья школьников не гарантирует учащимся своевременной и эффективной медицинской помощи. Для исправления ситуации нужно изменить системный подход к школьному здравоохранению, усовершенствовав законодательную базу. К таким выводам пришли эксперты рабочей группы Общероссийского народного фронта.



Кто поможет уставшему школяру?

Президент России, лидер ОНФ Владимир Путин в декабре 2016 г. дал поручение проанализировать ситуацию в области охраны здоровья обучающихся в образовательных организациях, реализующих основные общеобразовательные программы, и принять необходимые меры по охране их здоровья. В контексте этого поручения эксперты фонда «Национальные ресурсы образования» провели в мае – июле этого года в 84 регионах (кроме Республики Ингушетия) мониторинг, сообщили в ОНФ.

Из более 3 тыс. опрошенных родителей только 53% ответили, что их ребёнок регулярно проходит медосмотр или диспансеризацию в школе. Наличие в учебном заведении медицинского кабинета и горячего питания подтвердили примерно 84% опрошенных. Лишь 44% респондентов сообщили о бесплатном двухразовом питании в школьной столовой для детей из малообеспеченных семей и детей-сирот. На то, что для таких детей, а также для ребят с ограниченными возможностями здоровья в школе нет необходимых условий обучения, указали 19% родителей, ещё 15% не смогли дать ответа.

Чрезмерные образовательные нагрузки и нерациональное школьное питание в числе других факторов приводят к нарушениям здоровья детей и приобретению различных заболеваний, отмечают эксперты ОНФ. Так, по данным Росстата за 2016 г., на 100 тыс. детей в возрасте до 14 лет приходилось около 177,6 тыс. заболеваний. Данный показатель в 1990 г. составлял 113,5 тыс. заболеваний и с тех пор неуклонно рос вплоть до 2011 г. (191,3 тыс.), после чего наметился некоторый спад.

«Ситуация не улучшится кардинально, если не обеспечить профилактику, раннее выявление заболеваний у школьников и своевременное лечение. Однако в условиях, когда врачебный персонал в образовательных организациях представлен совместителями, работающими на полставки, а медсёстры приходят в школу лишь в определённые часы, решение этих задач крайне затруднительно», – считает руководитель рабочей группы ОНФ «Образование и культура как основы национальной идентичности», заместитель председателя Комитета Госдумы РФ по образованию и науке Любовь Духанина. По её мнению, крайне остро стоит вопрос оказания работниками школ первой помощи детям в случаях, не требующих вызова бригад скорой помощи. Учителя не имеют ни необходимых для этого навыков, ни права на медпомощь детям. В результате в отсутствие школьного медработника им приходится звонить в «скорую» по любому поводу. В серьёзном случае ситуация может стать угрожающей, поскольку экстренную первичную помощь до приезда бригады врачей ребёнку оказать бывает некому.

«Проблемы школьного здравоохранения устойчиво сохраняются во многом потому, что их решение ограничено несовершенством действующего законодательства. Необходимо законодательно установить единые правила оказания медпомощи в образовательных организациях и их медицинских блоках, обязанности образовательных и медицинских организаций, алгоритм взаимодействия медучреждения и врача образовательной организации, нормирование и оплату труда работников отделений медицинской помощи обучающимся», – отметила она. Ключевым элементом в обеспечении здоровья учащихся должен стать, по её мнению, школьный врач, прошедший обучение мониторингу состояния здоровья детей и специфике работы в образовательной организации.

«В связи с этим необходимо законодательно закрепить основы межведомственного взаимодействия образовательных и медицинских организаций, а также полномочия системы образования и системы здравоохранения при организации охраны здоровья школьников. Кроме того, требуется законодательно установить механизмы обеспечения кадрами, материально-техническим оснащением школьных медицинских кабинетов, их финансирования», – считает Л.Духанина.

По её мнению, важно также законодательно закрепить ответственность родителей за здоровье школьников в случаях отказа от вакцинации детей и отказа предоставлять в образовательную организацию сведения о хронических заболеваниях у ребёнка.

«Состояние здоровья детей и подростков – важнейший показатель благополучия общества и государства», – отметила Л.Духанина. – Особые усилия в этой области необходимо прилагать сегодня в условиях усиления школьных нагрузок, которым сопутствуют стрессы, психоэмоциональный дискомфорт, низкая двигательная активность. Серьёзную опасность представляет собой нездоровая экологическая обстановка в ряде регионов, распространение вредных привычек».

Вопрос контроля здоровья школьников, оказания им своевременной и квалифицированной медицинской помощи, акцентированный на форуме ОНФ по вопросам медицины в сентябре 2015 г., остаётся в центре внимания активистов ОНФ. «Мы настойчиво добиваемся возвращения в школу врача и медсестры и будем последовательно реализовывать другие законодательные инициативы, направленные на гарантированную защиту здоровья учащихся, которая является одной из ключевых задач Десятилетия детства, объявленно Президентом РФ», – заключила Л.Духанина.

Иван МЕЖГИРСКИЙ.
МИА Сити!

КОНСПЕКТ ВРАЧА
ВЫПУСК № 65 (2095)

Холестаз представляет собой нарушение синтеза, секреции и оттока желчи. Клинические признаки холестаза – слабость, кожный зуд и в ряде случаев желтуха. При бессимптомном течении холестаза ранние биохимические маркёры – повышение уровня щелочной фосфатазы (ЩФ) и g-глутамилтранспептидазы (g-ГТ), в дальнейшем присоединяется повышение уровня конъюгированного билирубина.

Диагностика холестаза
Холестаз принято разделять на внутри- и внепечёночный. Внутрипечёночный холестаз может быть следствием функциональных дефектов образования желчи на уровне гепатоцита или обструкции на уровне внутрипечёночных желчных протоков. В развитии холестаза могут принимать участие оба механизма, например при лимфомах. Холестаз считается хроническим, если он длится более 6 месяцев. В основе многих холестатических заболеваний лежит внутрипечёночный холестаз, однако в случае склерозирующего холангита могут поражаться мелкие и крупные внутри- и/или внепечёночные желчные протоки. При

нифестации холестаза (в том числе травы, витамины и пр.), можно рассматривать как причину холестаза – и следует его отменить. Указание на лихорадку с ознобами и боль в правом подреберье с большой долей вероятности говорит об обструктивном холангите (в частности, на фоне холедохолитиаза), однако такая картина может быть и при алкогольном гепатите, и – реже – при вирусном. Достоверность предположения о наличии

сопоставимы с таковыми при проведении эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ). Эндоскопическое УЗИ может считаться адекватной заменой МРХПГ для выявления камней желчных протоков и других причин внепечёночной билиарной обструкции. Внепечёночная обструкция желчных путей может быть вызвана камнями, опухолями, кистами или стриктурами. ЭРХПГ остаётся золотым стандартом для визуализации билиарного тракта и устранения причин внепечёночной билиарной обструкции, однако даже при проведении исследования опытным специалистом возможно развитие осложнений (панкреатита – в 3-5% случаев; при проведении сфинктеротомии: кровотечения – 2%, холангита – 1%, летальность – в 0,4% случаев). Таким образом, при подозрении на внепечёночную обструкцию желчных путей и отсутствии однозначных по-

АМА в диагностическом титре $\geq 1 : 40$ и холестатического профиля печёночных ферментов (при отсутствии других причин). В определённых случаях нужна биопсия печени. При отсутствии АМА следует выполнить МРХПГ в специализированных центрах. Если диагноз остаётся неясным, необходима биопсия печени. Особенно важно качество проведения биопсии печени. Образец должен содержать не менее 10 портальных трактов, поскольку поражение печени бывает крайне неравномерным при патологии мелких желчных протоков. При интерпретации данных биопсии следует придерживаться следующей классификации: (I) заболевания с поражением желчных протоков (типичные состояния представлены в табл. 3): АМА-негативный ПБЦ, изолированный ПСХ мелких протоков, дефицит АВСВ4, саркоидоз, идиопатическая дуктопения или лекарственный холестаз; (II) болезни, не

Диагностика и лечение холестаза
Федеральные клинические рекомендации

Таблица 1а Рейтинговая схема для оценки уровня доказательности	
Уровень	Доказательная база
I	Рандомизированные контролируемые исследования
II-1	Контролируемые исследования без рандомизации
II-2	Аналитические исследования случай-контроль или когортные
II-3	Описание серий случаев, отдельные неконтролируемые экспериментальные работы
III	Мнение авторитетных экспертов, описательная эпидемиология

Таблица 1б Рейтинговая схема для оценки степени надёжности рекомендаций		
Уровень надёжности рекомендаций	Пояснения	Обозначения
Высокий	Маловероятно, что дальнейшие исследования изменят существующее положение	A
Средний	Дальнейшие исследования могут повлиять на убеждение в верности существующего положения	B
Низкий	Дальнейшие исследования могут изменить мнение о существующем положении	C
Рекомендации	Пояснения	
Высокой силы	Основаны на проведении высококачественных исследований	1
Слабой силы	Основаны на исследованиях, отражающих различные мнения. Соответственно, рекомендации выглядят как менее чёткие и определённые	2

бессимптомном течении холестаз может быть выявлен случайно по повышению уровней ЩФ и g-ГТ при проведении диспансерного обследования или исследования биохимических тестов по поводу другого заболевания. Для холестаза малоспецифично изолированное повышение g-ГТ, что может быть результатом индукции фермента в ответ на приём алкоголя или лекарственного препарата. Изолированное повышение уровня ЩФ может быть обнаружено при прогрессирующем внутрипечёночном семейном холестазе 1-го и 2-го типа, нарушениях синтеза желчных кислот, а также в случае быстрого роста костной ткани (у детей), заболеваниях костей (болезнь Педжета) или во время беременности. Диагностическим уровнем повышения маркёров холестаза принято считать повышение ЩФ в 1,5 раза от верхней границы нормы (ВГН) и повышение g-ГТ в 3 раза от ВГН. Дифференциальная диагностика при холестазе включает достаточно большой круг различных заболеваний (см. табл. 2а, 2б). Тем не менее первый важный этап диагностического поиска – это разграничение внутри- и внепечёночного холестаза. Необходимы тщательный анализ анамнеза и подробное физикальное исследование. Уже на этом этапе опытный клиницист может составить верное представление о природе холестаза. Важно выявить наличие профессиональных вредностей и уточнить лекарственный анамнез. Любой препарат, принимаемый в течение 6 недель до ма-

билиарной обструкции повышают данные о перенесённой операции на желчных путях. Заболевание может указывать на заболеваемость холестатическими болезнями в семье. Некоторые варианты холестаза могут быть выявлены только при определённых обстоятельствах (беременность, детство, трансплантация печени, ВИЧ-инфекция), что требует проведения специальных исследований, необязательных для всех пациентов. Первым шагом на пути исключения расширения внутри- и внепечёночных желчных протоков и наличия объёмных образований должно быть ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости. УЗИ обладает достаточной чувствительностью и специфичностью, это неинвазивный, довольно распространённый и относительно недорогой метод. К его недостаткам следует отнести субъективность оценки результатов исследования, а также возможность пропустить изменения желчных протоков, свойственные склерозирующему холангиту. Кроме того, как правило, недостаточно хорошо визуализируются нижняя часть общего желчного протока и поджелудочная железа. Результаты компьютерной томографии можно считать более объективными, однако исследование связано с определённой лучевой нагрузкой и может уступать УЗИ в изображении билиарного тракта. Для визуализации желчных протоков можно использовать магнитно-резонансную холангиопанкреатографию (МРХПГ). Возможности метода в выявлении обструкции желчных протоков

Таблица 2а Причины внутрипечёночного холестаза у взрослых	
Гепатоцеллюлярный холестаз Сепсис, эндотоксемия Вирусные гепатиты Алкогольный и неалкогольный стеатогепатит Лекарственный холестаз, холестаз на фоне парентерального питания Генетические нарушения: доброкачественный рецидивирующий внутрипечёночный холестаз, прогрессирующий семейный внутрипечёночный холестаз, дефицит АВСВ4, внутрипечёночный холестаз беременных, эритропоэтическая протопорфирия Злокачественные инфильтративные заболевания: гематологические заболевания, метастазы опухоли Доброкачественные инфильтративные заболевания: амилоидоз, саркоидный гепатит и другие гранулематозы, болезни накопления Паранеопластические синдромы: лимфогранулематоз, рак почки Порок развития желчных протоков: врождённый печёночный фиброз Узловая регенеративная гиперплазия Сосудистые заболевания: синдром Бадда – Киари, веноокклюзионная болезнь, застойная печень Цирроз любой этиологии	
Холангиоцеллюлярный холестаз Первичный билиарный цирроз (АМА+/АМА-) Первичный склерозирующий холангит Перекрёстные синдромы АИГ/ПБЦ и АИГ/ПСХ IgG4-ассоциированный холангит Идиопатическая дуктопения взрослых Порок развития желчных протоков: билиарная гамартома, синдром Кароли Муковисцидоз Лекарственная холангиопатия Болезнь «трансплантат против хозяина» Вторичный склерозирующий холангит: например на фоне холангиолитиаза, ишемическая холангиопатия (наследственная геморрагическая телеангиоэктазия, узелковый полиартериит и другие васкулиты), инфекционный холангит при ВИЧ-инфекции и других формах иммуносупрессии и т.д.	

Таблица 2б Причины внутрипечёночного холестаза у новорождённых и детей	
Метаболические заболевания – с вовлечением билиарного тракта: недостаточность $\alpha 1$ -антитрипсина, муковисцидоз – без вовлечения билиарного тракта: галактоземия, тирозинемия, дефекты окисления жирных кислот, болезни накопления липидов и гликогена, пероксисомальные расстройства – специфические нарушения билиарной функции: нарушения биосинтеза и конъюгации желчных кислот, нарушения канальцевой секреции (прогрессирующий семейный внутрипечёночный холестаз) Уменьшение числа желчных протоков – синдромные: синдром Алажиля – несиндромные Пороки развития желчных протоков Инфекции: бактериальные, вирусные Токсические: парентеральное питание, лекарства Идиопатический неонатальный гепатит Цирроз любой этиологии	

казаний для проведения эндоскопического вмешательства следует выполнять МРХПГ либо эндо-УЗИ, а не ЭРХПГ. Если методы визуализации не выявляют механической обструкции желчных протоков, следует сосредоточиться на анализе внутрипечёночных причин холестаза (см. табл. 2). У взрослых больных с хроническим внутрипечёночным холестазом следующий диагностический шаг – исследование антимитохондриальных антител (АМА), поскольку первичный билиарный цирроз (ПБЦ) – самая частая причина поражения мелких желчных протоков. Диагноз достоверен при наличии

связанные с поражением желчных протоков – болезни накопления и инфильтративные заболевания печени: гранулёмы печени (без холангита), узловая регенеративная гиперплазия, пелиоз, расширение синусоидов и цирроз; (III) гепатоцеллюлярный холестаз с минимальными гистологическими изменениями: доброкачественный рецидивирующий внутрипечёночный холестаз, терапия эстрогенами или анаболиками, сепсис, полное парентеральное питание или паранеопластический феномен. Алгоритм

(Продолжение. Начало на стр. 7)

обследования взрослого пациента с холестазом представлен на рис. 1.

Таблица 3

Типичные повреждения билиарного тракта и их основные причины

1. Негнойный деструктивный холангит
Первичный билиарный цирроз
Первичный склерозирующий холангит
Аутоиммунный гепатит
Лекарственный холангит
Саркоидоз
Дефицит ABCB4
Гепатиты С, В, Е
2. Фиброзирующий облитерирующий холангит
Первичный склерозирующий холангит
Вторичный склерозирующий холангит
IgG4-ассоциированный холангит
Саркоидоз
3. Другие холангиты (редкие)
Злокачественный холангит
Лимфомы (Ходжкинская и неходжкинские)
Системный мастоцитоз
Гистиоцитоз
Нейтрофильный холангит: нейтрофильный дерматоз
4. Пороки развития желчных протоков
Билиарные гамартомы
Синдром Кароли
Врожденный печёночный фиброз

Рекомендации:

1. Необходимы детальный анализ истории заболевания и физикальное обследование (III/C1).
2. Первый этап в дифференциальной диагностике внутри- и внепечёночного холестаза – это проведение УЗИ органов брюшной полости (III/C1).
3. Для взрослых больных с хроническим холестазом обязательно исследование антител к митохондриальным антигенам (АМА) в сыворотке крови (III/C1).
4. При неясной причине холестаза следующий диагностический шаг – проведение МРХПГ (III/C1).
5. Альтернативой МРХПГ для выявления дистальной обструкции желчных путей может служить эндо-УЗИ (II-2/B1).
6. Диагностическая ЭРХПГ должна выполняться по строгим показаниям (II-2/A1). Если предполагается терапевтическое лечение, предпочтение следует отдавать МРХПГ или эндо-УЗИ, поскольку проведение ЭРХПГ сопряжено с развитием осложнений в ряде случаев (II-2/A1).
7. Если причина холестаза не установлена на предыдущих этапах диагностического поиска и тест на АМА отрицательный, следует выполнить биопсию печени (III/C1).
8. В случае отрицательного АМА-теста и данных биопсии печени, сопоставимых с ПБЦ или ПСХ целесообразно, если возможно, выполнить генетический анализ для исследования ABCB4 (гена, кодирующего каналикулярную экспортную помпу фосфолипидов).

Первичный билиарный цирроз

Заболевание может манифестировать слабостью, зудом и/или желтухой, но, как правило, у большинства пациентов диагноз устанавливается на бессимптомной стадии. В редких случаях ПБЦ диагностируют на стадии развития осложнений портальной гипертензии (асцит, печёночная энцефалопатия, кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода). Обычно диагноз может быть достоверно установлен при повышении уровня ЩФ (печёночного происхождения) на протяжении 6 месяцев и наличии АМА в диагностическом титре.

Диагноз подтверждают данные биопсии печени с картиной негнойного деструктивного холангита. При ПБЦ обычно повышен уровень ЩФ и g-ГТ. Также могут повышаться уровни трансаминаз и конъюгированного билирубина, однако эти изменения не являются диагностически значимыми. Типично повышение уровня иммуноглобулина М и уровня холестерина. В развёрнутых стадиях заболевания отмечаются снижение уровня сывороточного альбумина, увеличение протромбинового времени и уровня билирубина. У 90% больных ПБЦ выявляются АМА в диагностическом титре $\geq 1 : 40$, их специфичность составляет более 95%.

Если возможно, определяют АМА-M2 (антитела к E2 – субъединице пируватдегидрогеназного комплекса). У 30% больных ПБЦ обнаруживают неспецифические антинуклеарные антитела (АНА). Антитела anti-Sp100 и anti-grp210 обладают специфичностью более 95% для ПБЦ, эти антитела могут использоваться в качестве маркёров ПБЦ в случае отсутствия АМА. Чувствительность этих антител ниже их специфичности. Гистологически выделяют 4 стадии ПБЦ по Ludwig в соответствии со степенью выраженности повреждения желчных протоков,

воспаления и фиброза. Патогномоничным в дебюте заболевания считается обнаружение гранулём в сочетании с фокальной облитерацией желчных протоков. Печень может быть поражена неравномерно, в одном гистологическом препарате могут присутствовать все 4 стадии болезни, для заключения ориентируются на наиболее выраженные изменения. Специфичных для ПБЦ УЗИ-признаков не существует.

Рекомендации:

1. Для диагностики ПБЦ необходимо повышение уровня ЩФ и наличие АМА в диагностическом титре $\geq 1 : 40$ или АМА-M2. В этом случае проведение биопсии печени не является обязательным, но позволяет оценить активность и стадию заболевания (III/A1).
2. При отсутствии специфичных антител биопсия печени необходима для установления диагноза ПБЦ. При диспропорциональном повышении уровня трансаминаз и/или IgG биопсия нужна для выявления сопутствующих либо альтернативных процессов (III/C1).
3. АМА-позитивные больные с нормальным уровнем печёночных проб должны наблюдаться ежегодно с исследованием биохимических маркёров холестаза (III/C2).

Лечение. Рекомендации:

1. Пациенты с ПБЦ, включая больных с бессимптомным течением заболевания, должны получать терапию урсодезоксихоловой кислотой (УДХК) из расчёта 13-15 мг/кг/день (I/A1) длительно (II-2/B1).
2. Хороший длительный эффект терапии УДХК наблюдается у больных на ранних стадиях ПБЦ, а также у пациентов с хорошим биохимическим ответом (II-2/B1), который следует оценивать через год терапии. Хорошим биохимическим ответом через год терапии УДХК считается уровень сывороточного билирубина ≤ 1 мг/дл (17 мкмоль/л), уровень ЩФ ≤ 3 ВГН и уровень АСТ ≤ 2 ВГН («Парижские критерии») или снижение на 40% либо нормализация уровня ЩФ («Барселонские критерии») (II-2/B1).
3. В настоящее время не существует единого мнения, как лечить больных с субоптимальным биохимическим ответом на терапию УДХК. Предлагается использовать комбинацию УДХК и будесонида (6-9 мг/день) у больных на доцирротических стадиях заболевания (стадии I-III).
4. Трансплантация печени должна обязательно рассматриваться в терминальной стадии заболевания, когда уровень билирубина превышает 6 мг/дл (103 мкмоль/л) или имеет место декомпенсированный цирроз печени с непереносимым качеством жизни или возмозжной смертью в течение года вследствие резистентного асцита и спонтанного бактериального перитонита, рецидивирующих кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода, энцефалопатии либо гепатоцеллюлярной карциномы (II-2/A1).

Перекрёстный синдром ПБЦ/АИГ

Первичный билиарный цирроз и аутоиммунный гепатит традиционно считаются двумя разными заболеваниями печени. В то же время есть больные с клиническими, биохимическими, серологическими и/или гистологическими чертами обоих заболеваний, которые могут обнаруживаться одновременно или последовательно. Для этих пациентов принят термин «перекрёстный синдром».

Этиология и патогенез перекрёстного синдрома не вполне ясны. Есть данные о наследственной предрасположенности к аутоиммунным заболеваниям печени. Каждое из двух заболеваний индуцируется одним или несколькими триггерными факторами, запускающими внутренние механизмы последующего прогрессирования. При перекрёстном синдроме один или два неизвестных патогенных фактора способны вызвать два различных аутоиммунных заболевания печени, которые протекают одновременно. Либо единственный триггерный фактор способен привести к совершенно новому иммунному ответу – и в результате может возникнуть смешанная картина двух аутоиммунных заболеваний с определёнными аутоантителами.

Рекомендации:

1. Не существует стандартизованных диагностических критериев перекрёстного синдрома ПБЦ/АИГ. Следует пользоваться критериями, приведёнными в таблице 4 (III/C2).
2. О перекрёстном синдроме ПБЦ/АИГ следует думать всегда, когда установлен диагноз ПБЦ, поскольку при установлении диагноза перекрёстного синдрома изменится терапевтическая тактика (III/C2).
3. Рекомендуется комбинированная терапия УДХК и кортикостероидами (III/C2). Альтернативный подход – начало лечения с УДХК и при отсутствии адекватного биохимического ответа в течение 3 месяцев – присоединение кортикостероидов (III/C2). При длительном курсе иммуносупрессивной терапии доза стероидов может быть умень-

шена за счёт добавления азатиоприна (III/C2).

Таблица 4

Диагностические критерии перекрёстного синдрома АИГ/ПБЦ

- | |
|---|
| Критерии ПБЦ
1. ЩФ > 2 ВГН или γ ГТ > 5 ВГН
2. АМА $\geq 1 : 40$
3. Биопсия печени: негнойный деструктивный холангит |
| Критерии АИГ
1. АЛТ > 5 ВГН
2. IgG > 2 ВГН или ASMA в диагностическом титре
3. Биопсия печени: умеренные или выраженные перипортальные и/или перисептальные лимфоцитарные ступенчатые некрозы |

Для диагностики перекрёстного синдрома АИГ/ПБЦ должны присутствовать, по крайней мере, 2 из 3 приведённых критериев для каждого заболевания. Обязательно наличие типичных гистологических данных, приведённых в критериях АИГ.

Первичный склерозирующий холангит

Первичный склерозирующий холангит (ПСХ) – хроническое холестатическое заболевание печени, характеризующееся воспалением и фиброзом внутри- и внепечёночных желчных протоков. При ПСХ отмечается облитерация желчных протоков с формированием мультифокальных стриктур. ПСХ – прогрессирующее заболевание, в конечном итоге приводящее к развитию цирроза и печёночной недостаточности. Этиология заболевания неизвестна, есть доказательства участия генетических факторов в развитии ПСХ.

Соотношение мужчин к женщинам среди больных ПСХ составляет 2 : 1. Как правило, заболевание диагностируют в возрасте около 40 лет, хотя диагноз может быть установлен в детском и старческом возрасте. У 80% пациентов с ПСХ имеются воспалительные заболевания кишечника (ВЗК), в большинстве случаев – язвенный колит. Типичный больной ПСХ – молодой мужчина с ВЗК и/или клиническими чертами холестатического заболевания печени. У пациентов с клиническими, биохимическими и гистологическими признаками ПСХ, но нормальными холангиограммами, устанавливают диагноз ПСХ малых протоков.

У половины больных заболевание диагностируют на бессимптомной стадии. Типичные признаки: зуд, боль в правом подреберье, слабость, потеря веса, эпизоды лихорадки. Реже заболевание манифестирует на стадии цирроза и осложнений портальной гипертензии. Физикальное обследование чаще всего выявляет гепато- и спленомегалию. Самый частый биохимический признак ПСХ – повышение уровня ЩФ. В то же время нормальный уровень ЩФ при наличии характерной клиники не должен исключать дальнейших диагностических шагов для установления диагноза ПСХ.

Часто может быть повышен уровень трансаминаз – в 2-3 раза от ВГН. У 70% больных при установлении диагноза уровень сывороточного билирубина – в пределах нормальных значений. У 61% больных повышен уровень IgG, как правило, в 1,5 раза от ВГН. У больных ПСХ обнаруживаются различные антитела: перинуклеарные антинейтрофильные цитоплазматические (pANCA) (26-94%), антинуклеарные антитела (АНА) (8-77%), антигладкомышечные антитела (SMA) (0-83%). Для установления диагноза ПСХ рутинный скрининг антител не требуется.

Данные биопсии печени подтверждают диагноз ПСХ, хотя и не являются специфичными и отличаются крайней вариабельностью. Принято выделять 4 стадии ПСХ: портальную, перипортальную, септальную и цирротическую. Для ПСХ считается специфичной картина перидуктального концентричного фиброза, однако она может быть обнаружена далеко не всегда и не может считаться патогномоничной.

УЗИ не может служить методом выбора для диагностики ПСХ, но в ряде случаев опытные специалисты могут обнаружить утолщение и/или фокальное расширение желчных протоков. Типичные холангиографические признаки ПСХ: диффузные мультифокальные кольцевидные стриктуры, чередующиеся с участками нормальных или слегка расширенных протоков; короткие тяжёлые стриктуры; мешотчатые выпячивания, напоминающие дивертикулы. Как правило, поражены внутри- и внепечёночные желчные протоки. В то же время при ПСХ встречается изолированное поражение внутрипечёночных желчных протоков (мее чем в 25% случаев). Золотой стандарт диагностики – ЭРХПГ, однако эта процедура может осложниться развитием панкреатита и сепсиса. В отдельных центрах первым шагом для установления диагноза ПСХ считается МРХПГ.

Чувствительность и специфичность МРХПГ для диагностики ПСХ составляет $\geq 80\%$ и $\geq 87\%$ соответственно. МРХПГ лучше выявляет изменения протоков проксимальнее места обструкции, а также позволяет обнаружить патологию в стенке желчных протоков, оценить состояние паренхимы печени и других органов. В то же время небольшие изменения билиарного тракта в дебюте ПСХ могут быть пропущены при этом исследовании.

ПСХ у детей. Диагностические критерии аналогичны таковым у взрослых пациентов с ПСХ. В 47% случаев уровень ЩФ может быть в пределах возрастной нормы, обычно у этих пациентов повышен уровень g-ГТ. Дебют ПСХ у детей часто характеризуется клиникой АИГ, в том числе высоким уровнем IgG, наличием АНА и/или SMA в диагностическом титре и перипортальным гепатитом.

Дифференциальная диагностика: ПСХ и вторичный склерозирующий холангит. Для установления диагноза ПСХ необходимо прежде всего исключить причины вторичного склерозирующего холангита: предшествующие операции на желчных путях, холангиолитиаз и карциному желчных путей, хотя следует иметь в виду, что холангиолитиаз и холангиокарцинома могут осложнять течение ПСХ. В круг дифференциальной диагностики следует включать IgG4-ассоциированный холангит/аутоиммунный панкреатит, эозинофильный холангит, ВИЧ-холангиопатию, рецидивирующий гнойный холангит, ишемический холангит и др. Дифференциальная диагностика между первичным и вторичным холангитом может быть крайне трудна. Следует принимать во внимание особенности клинического течения заболевания, наличие сопутствующих ВЗК, изменения, выявляемые на холангиограммах.

Рекомендации:

1. Диагноз ПСХ может быть установлен у пациентов с биохимическими маркёрами холестаза, типичными данными МРХПГ при исключении причин вторичного склерозирующего холангита (II-2/B1). Проведение биопсии печени для установления диагноза необязательно, в то же время данные биопсии помогают оценить активность и стадию заболевания.
2. При нормальных холангиограммах для диагностики ПСХ малых протоков необходима биопсия печени (III/C2). При наличии значительно повышенных трансаминаз данные биопсии печени позволяют диагностировать перекрёстный синдром АИГ/ПСХ (III/C1).
3. ЭРХПГ следует провести (1), если данные МРХПГ неоднозначны (III/C2): диагноз ПСХ может быть установлен при наличии типичных изменений на ЭРХПГ; (2) у больного с ВЗК при наличии нормальной МРХПГ и подозрении на ПСХ (III/C2).
4. Если диагноз ПСХ установлен пациентам, у которых в анамнезе нет указаний на ВЗК, им следует выполнить колоноскопию с биопсией (III/C1). При наличии ВЗК у больных ПСХ колоноскопию необходимо повторять ежегодно (в отдельных случаях – раз в 2 года) (III/C1).
5. Для выявления образований желчного пузыря требуется ежегодное проведение УЗИ (III/C2).
6. Ранняя диагностика холангиокарциномы по результатам исследования биохимических маркёров или данных методов визуализации в настоящее время невозможна. При наличии клинических показаний следует выполнить ЭРХПГ со щёточной цитологией (и/или биопсией) (III/C2).
7. Приём УДХК (15-20 мг/день) улучшает печёночные пробы и суррогатные прогностические маркёры (I/B1), но не обладает доказанным влиянием на выживаемость больных ПСХ (III/C2).
8. В настоящее время нет достаточной доказательной базы для широкого использования УДХК в качестве хемотерапии колоректального рака при ПСХ (II-2/C2). Приём УДХК может быть рекомендован в группах высокого риска: с наследственной отягощённостью по колоректальному раку, с предшествующей колоректальной неоплазией или длительно существующим распространённым колитом (III/C2).
9. Кортикостероиды и другие иммуносупрессанты показаны только больным с перекрёстным синдромом ПСХ/АИГ (III/C2).
10. При наличии выраженных стриктур желчных протоков со значительным холестазом показано хирургическое расширение желчных протоков (II-2/B1). Установка билиарных стентов и дренирование желчных протоков выполняются при неудовлетворительном эффекте от расширения протоков (III/C2). При проведении инвазивных вмешательств рекомендуется профилактическая антибиотикотерапия (III/C1).
11. В терминальных стадиях ПСХ рекомендуется выполнение трансплантации печени (II-2/A1), при наличии дисплазии холангиоцитов или рецидивирующем бактериальном холангите также следует рассмотреть возможность проведения трансплантации печени (III/C2).

Перекрёстный синдром ПСХ/АИГ
Данный синдром представляет собой иммунопосредованное заболевание и характеризуется гистологическими чертами АИГ и типичными для ПСХ изменениями на холангиограммах (III/C2). Прогноз при перекрёстном синдроме ПСХ/АИГ лучше, чем при изолированном ПСХ, но хуже, чем при АИГ. Рекомендуются проведение комбинированной терапии УДХК и иммуносупрессантами (III/C2). На терминальных стадиях заболевания показана трансплантация печени (III/A1).

Иммуноглобулин G4-ассоциированный холангит (ИАХ).
Это заболевание неизвестной этиологии, описанное относительно недавно, характеризуется биохимическими и холангиографическими признаками ПСХ, частым вовлечением внепечёночных желчных протоков, ответом на противовоспалительную терапию, сочетанием с аутоиммунным панкреатитом, повышенным уровнем IgG4 и инфильтрацией IgG4-позитивными плазматическими клетками желчных протоков и печёночной ткани. В отличие от ПСХ заболевание не ассоциировано с ВЗК.

Рекомендации:
1. ИАХ – склерозирующий холангит, отвечающий на терапию кортикостероидами (II-2/C2). В отличие от ПСХ, этим заболеванием, как правило, страдают пожилые люди. При адекватном ответе на иммуносупрессивную терапию ИАХ имеет хороший прогноз (II-2/C2).

2. Диагноз ИАХ может быть установлен при наличии типичных для склерозирующего холангита изменений на холангиограммах и (1) гистологических признаков аутоиммунного панкреатита/ИАХ или (2) классических признаков аутоиммунного панкреатита по данным методов визуализации и повышении уровня IgG4; или (3) двух диагностических биохимических, гистологических, инструментальных критериев и адекватном ответе на 4-недельный курс кортикостероидной терапии (что подразумевает возможность удаления билиарного стента без рецидива обструктивного холестаза и снижения уровня печёночных проб ниже двукратной верхней границы нормы) (III/C2).

3. В случае рецидива или неполного ответа может потребоваться длительное лечение кортикостероидами и/или азатиоприном (III/C2).

Генетические холестатические заболевания печени

Заболевания печени, ассоциированные с муковисцидозом

Поражение печени встречается у 27% больных муковисцидозом и характеризуется гепатомегалией, персистенцией повышенного уровня, по крайней мере, двух печёночных проб, отклонениями по данным УЗИ. Манифестация может быть в виде неонатального холестаза, стеатоза печени, фокального или мультилобулярного цирроза. Болезни печени находятся на втором месте среди причин смерти больных муковисцидозом.

Рекомендации:

1. Поражение печени встречается у каждого третьего больного муковисцидозом. Его можно диагностировать при обнаружении гепатомегалии, ежегодном исследовании печёночных проб и при проведении УЗИ (III/C2).

2. УДХК (20-30 мг/кг/день) улучшает печёночные пробы (I/C1) и гистологическую картину (III/C1) при поражении печени в рамках муковисцидоза. Медикаментозной терапии, доказанно улучшающей жизненный прогноз, не существует (III/C2). Тактика выбора на терминальной стадии заболевания – трансплантация печени (III/B1).

Прогрессирующий семейный внутрипечёночный холестаз

Прогрессирующий семейный внутрипечёночный холестаз (в англоязычной литературе – Progressive Familial Intrahepatic Cholestasis – PFIC) представляет собой группу аутосомно-рецессивных заболеваний, которые манифестируют у новорождённых либо в раннем детском возрасте и приводят к формированию цирроза печени, как правило, в течение первого десятилетия жизни. Больные редко живут более тридцати лет. Выделяют три типа этого заболевания, связанные с мутациями генов, контролирующими образование и транспорт желчи. У больных PFIC-1 и PFIC-2 определяется низкий уровень гГТ, а у больных PFIC-3 уровень гГТ – высокий.

PFIC-1 называют также болезнью Байлера. Обычно зуд и желтуха развиваются в течение первых недель после рождения ребёнка. Сначала холестаз может быть эпизодическим, затем становится перманентным. Дети отстают в развитии, подавляющее большинство больных также страдают потерей слуха, водной диареей и панкреатитом. В биохимических тестах фиксируют нормальный и даже субнормальный уровень гГТ, нормальный уровень холестерина, умеренное повышение уровней билирубина, в том числе конъюгированного, и трансаминаз, нарушение свёртывания крови вследствие дефицита

витамина К, значительное повышение содержания хенодезоксихолеовой и холевой кислот. УЗИ, КТ либо МРТ не выявляют какой-либо патологии, в том числе расширения внутри- или внепечёночных желчных протоков. Гистологическое исследование биоптатов печени демонстрирует картину «чистого» внутрипечёночного холестаза с незначительным некрозом гепатоцитов и образованием гигантских клеток. В то время как у больных PFIC-2 обнаруживаются признаки более активного воспаления и выраженного некроза гепатоцитов, а при PFIC-3 – пролиферация дуктул. Краеугольным камнем в диагностике PFIC-1 является определение мутации гена ATP8B8.

Мутации гена экспортной помпы желчных кислот (BSEP/ABCB11) приводят к развитию PFIC-2. Клинические проявления этого заболевания сходны с PFIC-1, однако внепечёночные проявления отсутствуют, поскольку BSEP экспрессируется только в печени. В отличие от PFIC-1, заболевание быстрее прогрессирует до стадии фиброза. Уровень желчных кислот и трансаминаз в сыворотке крови повышен, а уровень гГТ низкий. PFIC-2 ассоциирован с развитием гепатоцеллюлярной карциномы у детей.

PFIC-3 вызывают мутации гена MDR3/ABCB4, кодирующего экспортную помпу фосфолипидов. В отличие от других типов прогрессирующего семейного внутрипечёночного холестаза, при PFIC-3 холестатическая желтуха крайне редко развивается в неонатальном периоде. Манифестация заболевания происходит, как правило, в детском или подростковом возрасте. Первые симптомы – это желтуха, светлый кал, гепато- и спленомегалия или кожный зуд. На первом году жизни клинические признаки холестаза обнаруживают у трети больных. У подростков дебютом заболевания может быть желудочно-кишечное кровотечение. По мере прогрессирования болезни появляются симптомы печёночной недостаточности. В биохимических тестах отмечается повышение уровня гГТ, трансаминаз, конъюгированного билирубина, ЩФ при нормальном уровне холестерина и первичных желчных кислот. УЗИ и холангиография не обнаруживают каких-либо типичных признаков заболевания. При гистологическом исследовании биоптата печени выявляют портальный фиброз и пролиферацию дуктул, на поздних стадиях – типичную картину билиарного цирроза. Для подтверждения диагноза целесообразны иммуногистохимическое исследование и молекулярный анализ ABCB4.

Рекомендации:

1. PFIC 1-го, 2-го и 3-го типа представляют собой редкие хронические прогрессирующие заболевания детей и подростков. 1-й и 2-й типы характеризуются низким уровнем гГТ и интенсивным кожным зудом.

2. Медикаментозной терапии, улучшающей отдалённый прогноз пациентов с PFIC, не существует (III/C2). У части больных PFIC-3 приём УДХК улучшает биохимические тесты (III/C2). Зуд может облегчаться на фоне приёма рифампицина (III/C2). Детям, страдающим PFIC-1 и PFIC-2, может быть выполнена хирургическая операция частичного наружного отвода желчи (III/C2). В терминальных стадиях показана трансплантация печени (III/B1).

Доброкачественный рецидивирующий внутрипечёночный холестаз

Доброкачественный рецидивирующий внутрипечёночный холестаз (в англоязычной литературе – Benign Recurrent Intrahepatic Cholestasis – BRIC) характеризуется периодическими эпизодами желтухи и зуда при отсутствии прогрессирования заболевания печени. Выделяют три подтипа BRIC. BRIC – заболевание с аутосомно-рецессивным типом наследования. Первый эпизод желтухи и зуда возникает обычно в конце второго – начале третьего десятилетия жизни, длится от нескольких недель до 18 месяцев, в среднем – около 3 месяцев.

Обострения, как правило, случаются раз в два года. Между приступами течение абсолютно бессимптомное. У женщин манифестация BRIC может быть связана с беременностью или приёмом оральных контрацептивов. Уровень гГТ остаётся нормальным или слегка повышается, а уровень ЩФ повышен у большинства пациентов. В отличие от PFIC, у этих больных отсутствует прогрессирующее поражение печени, никогда не развивается цирроз.

Рекомендации:

1. BRIC характеризуется эпизодами холестаза, желтухи и кожного зуда в течение недель – месяцев с последующим полным разрешением всех симптомов (III/C1).

2. Эффективного лечения данной патологии не существует. Возможно применение УДХК, рифампицина, назобилиарного дренирования (III/C2).

Синдром Алажиля

Аутосомно-доминантное мультиорганное заболевание детей и подростков, характеризующееся хроническим прогрессирующим холестазом с дуктопенией без соответствующих воспалительных изменений в печени. Ха-

рактерно типичное лицо с гипертелоризмом, глубоко посаженными глазами и широкой плоской переносицей, а также поражение сердца, почек, скелета, ЦНС. У 70% пациентов болезнь вызвана мутацией гена JAG1.

Рекомендации:

1. Синдром Алажиля характеризуется холестазом с зудом и дуктопенией на ранних стадиях в комбинации с различными внепечёночными знаками и симптомами мультиорганной патологии (III/C2).

2. Эффективное медикаментозное лечение неизвестно (III/C2).

Лекарственный холестаз

Лекарственные поражения печени (ЛПП) принято подразделять в зависимости от уровня повышения основных печёночных проб на гепатоцеллюлярные, холестатические и смешанные. Если уровень аланиновой трансаминазы (АЛТ) повышен более чем в 5 раз от верхней границы нормы и индекс R, определяемый как отношение уровня АЛТ к уровню ЩФ, больше или равен 5, речь идёт о гепатоцеллюлярном поражении печени.

Если уровень ЩФ повышен более чем в 2 раза, а индекс R равен или меньше 2, диагностируют холестатическое поражение печени. В случае одновременного повышения уровня АЛТ и ЩФ более чем в 2 раза от верхней границы нормы, когда R больше 2, но меньше 5, говорят о смешанном лекарственном поражении печени. Доля холестатических поражений печени среди всех лекарственных гепатопатий – около 30%.

Как правило, холестатические лекарственные поражения печени протекают легче, чем гепатоцеллюлярные, но разрешаются значительно медленнее. ЛПП встречаются с частотой от 1 случая на 10 тыс. до 1 случая на 100 тыс. пациентов, принимающих лекарства в терапевтических дозах. Индивидуальная чувствительность к развитию холестаза под действием различных лекарственных препаратов может быть обусловлена генетически детерминированной экспрессией гепатобилиарных транспортёров и энзимов, участвующих в реакциях биотрансформации.

Лекарственный холестаз может быть обусловлен (1) ингибированием экспрессии и/или функции гепатобилиарных транспортёров, приводящим к нарушению секреции желчи на гепатоцеллюлярном уровне, либо (2) индукцией воспаления по типу идиосинкразии или гиперчувствительности на холангиоцеллюлярном уровне с развитием дуктулярного/дуктульного холестаза, что тоже влияет на секрецию желчи (см. табл. 5). Редко может развиваться синдром исчезающих желчных протоков с исходом в билиарный цирроз. На риск развития ЛПП оказывают влияние возраст, пол, доза пре-

менной связи между приёмом препарата и появлением клинической симптоматики, а также при исключении других причин холестаза (III/C1). Проведение биопсии печени необязательно (III/C2).

2. Рекомендуются прекращение приёма препарата и тщательное наблюдение за клинической симптоматикой и биохимическими показателями (III/C2). Применение УДХК и кортикостероидов для терапии ЛПП может быть успешно, но отсутствует доказательная база в виде контролируемых исследований (III/C2).

Холестаз во время беременности

Внутрипечёночный холестаз беременных (ВХБ)

ВХБ представляет собой обратимую форму холестаза и характеризуется (1) интенсивным кожным зудом, возникающим в большинстве случаев во втором или третьем триместрах беременности, (2) повышением уровня АЛТ и желчных кислот натошак и (3) спонтанным разрешением всех симптомов в течение 4-6 недель после родов. Клиническое значение ВХБ заключается в потенциальном риске для плода (спонтанные или ятрогенные преждевременные роды, асфиксия во время родов, внутриутробная смертность), хотя, по данным последних исследований, уровень перинатальной смертности (9/1000) сопоставим с таковым среди общей популяции. Зуд, особенно сильный по ночам, влияет на качество жизни матери. Довольно редко при ВХБ возникают стеаторея и послеродовые кровотечения вследствие дефицита витамина К.

Патогенез ВХБ многофакторный, включает генетические, гормональные факторы, а также воздействие факторов окружающей среды.

Для установления диагноза ВХБ необходимо наличие кожного зуда (который не может быть объяснён другими причинами) и повышение уровня желчных кислот в сыворотке крови ≥ 11 мкмоль/л. Редко может наблюдаться изолированное повышение сывороточного уровня желчных кислот, у большинства пациенток также повышается уровень АЛТ.

Уровень желчных кислот – самый чувствительный маркёр холестаза беременных, он может повышаться до изменения других печёночных проб. Вероятность осложнений для плода существенно повышается при раннем начале ВХБ (до 33 недели беременности) и повышении уровня желчных кислот > 40 мкмоль/л. Уровень гГТ может быть повышен при мутациях гена ABCB4. В 10-15% случаев наблюдается лёгкая желтуха за счёт конъюгированного билирубина. Проведение биопсии печени не требуется.

Таблица 5

Лекарственные препараты, которые чаще всего вызывают гепатоцеллюлярный или дуктулярный/дуктульный холестаз

Гепатоцеллюлярный холестаз	Дуктулярный/дуктульный холестаз
Половые гормоны	Аллопуринол
Карбамазепин	Амоксициллин-клавулановая кислота
Хлорпромазин	Азатиоприн
Амоксициллин-клавулановая кислота	Барбитураты
Триметоприм-сульфаметоксазол	Каптоприл
Эритромицин, кларитромицин	Карбамазепин
Нитрофураны	Хлорпропамид
Хлорпропамид	Клиндамицин
Азатиоприн	Фенитоин
Циклоспорин	Сульпирид
Пропафенон	Триметоприм-сульфаметоксазол
Нифедипин	Лекарственные травы
Лекарственные травы	
НСПВС, нимесулид	

парата, совместное применение лекарственных средств.

Специфичных диагностических тестов для выявления ЛПП не существует. Необходимо тщательно проанализировать историю заболевания, иметь в виду возможность связи между приёмом лекарственного препарата и развитием заболевания печени, а также исключить другие причины заболевания печени. Для этой цели полезно проведение УЗИ. Выполнение биопсии печени при установленном диагнозе лекарственного холестаза, как правило, не требуется. В большинстве случаев при прекращении приёма препарата, вызвавшего холестаз, он разрешается в течение 3 месяцев. В случаях тяжёлого прогрессирующего или затянувшегося холестаза биопсия может понадобиться для уточнения состояния печени и исключения других причин холестаза.

Рекомендации:

1. Диагноз холестатического ЛПП может быть установлен по повышению уровня ЩФ $> 2N$ или АЛТ/ЩФ < 2 и наличию вре-

В случаях раннего или атипичного дебюта ВХБ необходимо проводить дифференциальную диагностику с преэклампсией и острой жировой печенью беременных (см. табл. 6).

Если после родов симптоматика не разрешается, следует думать о других хронических болезнях печени: ПБЦ, ПСХ, дефиците ABCB4 или хроническом гепатите С, при которых кожный зуд может появиться на последних неделях беременности.

В 10% случаев во время беременности могут появиться камни в желчном пузыре или билиарный сладж, яркая симптоматика наблюдается у 1,2% из этих пациенток. Диагноз основывается на анализе клинической картины, повышении уровня печёночных проб, данных УЗИ. При возникновении обструктивного холестаза в результате закупорки камнем общего желчного протока или ухудшении течения панкреатита следует выполнить ЭРХПГ, сфинктеротомию и экстракцию камня под прикрытием антибиоти-

(Окончание. Начало на стр. 7.)

ков (ампициллин). Для наркоза в небольших дозах могут использоваться меперидин, пропופол, фентанил и мидозолам.

Применение лекарственных препаратов при лечении холестатических заболеваний печени во время беременности

В случае неактивного или малоактивного холестатического заболевания печени у женщин детородного возраста возможна неосложнённая беременность без обостре-

Кортикостероиды. Использование преднизолона безопасно во время беременности и лактации, однако при применении в первом триместре беременности увеличивается риск развития расщелины нёба (волчья пасть) у детей.

Азатиоприн. Применение азатиоприна безопасно во время беременности, в то же время в исследованиях на животных описан тератогенный эффект препарата. Риски и выгода терапии азатиоприном должны в деталях обсуждаться с пациенткой. В грудное

(II-2/B1). Специальное наблюдение за плодом не рекомендуется (III/C2). Приём УДХК уменьшает выраженность зуда и улучшает печёночные пробы (I/B1), нет достаточных данных о защитном действии препарата в отношении развития осложнений у плода (II-1/C2). При удлинении протромбинового времени следует назначать витамин К (III/C2). Время родоразрешения следует обсуждать в каждом конкретном случае (II-2/C2).

3. Для лечения клинически манифестных холестатических заболеваний печени у беременных можно использовать УДХК во втором и третьем триместрах (I/B1). Для лечения АИГ во время беременности следует использовать преднизолон (возможна комбинация с азатиоприном) для предотвращения обострения заболевания, что может иметь более значимые негативные последствия для исхода беременности, чем потенциальный риск применения лекарств (III/C2).

4. При появлении клиники холелитиаза при беременности следует выполнить эндоскопическую сфинктеротомию и удаление камня (II-3/B1). Даже в первом триместре беременности рентгеновское исследование нельзя считать абсолютно противопоказанным (III/C2). При бессимптомном течении желчнокаменной болезни холецистэктомии следует выполнить после родов (III/C2).

Внепечёночные проявления холестаза

Зуд

Кожный зуд может быть симптомом холестаза любой этиологии. Патогенез зуда до настоящего времени не расшифрован. В терминальных стадиях заболеваний печени зуд может ослабевать. Нет достаточной доказательной базы, что УДХК уменьшает зуд при холестазе, за исключением случаев ВХБ. Как препарат первой линии для купирования зуда широко используют холестирамин. В ряде случаев проблемой может стать плохая переносимость препарата из-за его вкуса, что можно решить добавлением фруктового сока. Следует иметь в виду, что УДХК следует принимать не раньше, чем через 4 часа после приёма холестирамина, чтобы предотвратить её связывание и снижение эффективности.

Препаратом второй линии для купирования зуда служит агонист прегнанового X рецептора рифампицин. Есть данные о его двухлетнем эффективном применении. У 12% больных с холестазом на фоне приёма рифампицина описано развитие лекарственного гепатита через 2-3 месяца приёма. Поэтому важно начинать лечение с малых доз, тщательно мониторируя печёночные пробы перед увеличением дозы.

К препаратам третьей линии относят антагонисты опиоидов. Их применение ограничивают реакции, напоминающие синдром отмены.

Есть данные об эффективном применении сертралина (механизм действия не ясен). Не рекомендуется использование антигистаминных средств (отсутствие эффекта), ондансетрона (ограниченная эффективность) и фенобарбитала (выраженные побочные эффекты).

При резистентном к терапии зуде описаны случаи позитивного эффекта от примене-

ния экстракорпорального альбуминового диализа, плазмафереза и дренирования желчных протоков. Последним средством лечения зуда может выступать трансплантация печени.

Рекомендации (Рис. 2):

1. Терапия первой линии – холестирамин 4 г до 4 раз в день (II-2/B1). Следует разнести приём холестирамина и других лекарств, по меньшей мере, на 4 часа (II-3/B1).
2. Терапия второй линии – рифампицин в стартовой дозе 150 мг, при тщательном наблюдении за печёночными пробами можно увеличить дозу максимально до 600 мг/день (I/A1).
3. Терапия третьей линии – налтрексон per os в дозе 50 мг/день (стартовая доза – 25 мг) (I/B1). Следует рассматривать возможность применения этого препарата только при неэффективности или непереносимости холестирамина (или других ионообменных смол) и рифампицина (III/C1).
4. Терапия четвёртой линии – сертралин при неэффективности вышеуказанных препаратов (II-2/C2).
5. При неэффективности всех перечисленных препаратов возможно направление пациентов в специализированные центры для проведения экстракорпорального альбуминового диализа, плазмафереза или дренирования желчных протоков (III/C2).
6. Если все вышеперечисленные лекарства и методы оказываются неэффективными, возможно выполнение трансплантации печени (III/C1).

Слабость

Слабость – характерный симптом ПБЦ, выраженность её не коррелирует с тяжестью заболевания печени. Прежде чем отнести данный симптом к проявлениям ПБЦ, следует исключить другие возможные причины, в том числе АИГ.

Рекомендации:

1. Необходимо исключить гипотиреоз, анемию, диабет, депрессию, побочное действие лекарств и пр. (III/C2).
2. Следует минимизировать провоцирующие слабость факторы (избыток антигипертензивных препаратов, нарушение сна вследствие употребления кофе в вечерние часы) (III/C2). Важна психологическая поддержка.
3. Для купирования слабости не показано проведение трансплантации печени (если к этому нет других показаний) (III/C1).

Остеопороз

Рекомендации:

У всех больных с холестазом следует оценить риск развития остеопороза, обращая особое внимание на устранимые факторы риска и советы по модификации образа жизни (III/C2).

При установлении диагноза хронического холестатического заболевания печени необходимо выполнить денситометрию (III/C2). Повторное исследование проводят ежегодно в зависимости от выраженности холестаза и индивидуальных факторов риска (III/C2).

Рекомендуется применение кальция (1000-1200 мг/день) и витамина D (400-800 МЕ/день) у всех больных холестатическими заболеваниями печени, хотя это положение не имеет достаточной доказательной базы (III/C2).

Если при денситометрии T < -2,5 или имел место патологический перелом (I/B1), необходимо назначить алендронат или другие бифосфонаты, при T < -1,5 назначение этих препаратов желательно (III/C2).

Жирорастворимые витамины

Рекомендации:

1. Всем больным с холестазом следует назначать препараты кальция и витамин D перорально в качестве составной части программы по предупреждению остеопороза (III/C2).
2. В случаях выраженного холестаза при наличии стеатореи или доказанном низком уровне жирорастворимых витаминов следует назначить витамины А, Е и К per os (III/C2).
3. Парентеральное назначение витамина К показано профилактически перед проведением инвазивных процедур в случаях выраженного холестаза и при возникновении кровотечения (II-2/C1).

Варикозно расширенные вены пищевода и гепатоцеллюлярная карцинома.

Как и при других хронических болезнях печени, при холестатических заболеваниях развиваются варикозно расширенные вены пищевода и гепатоцеллюлярная карцинома. Программы скрининга, профилактики и лечения аналогичны таковым при других заболеваниях печени. Независимые факторы риска развития варикозно расширенных вен у больных ПБЦ: уровень тромбоцитов < 200000/мм³, уровень сывороточного альбумина < 40 г/л и сывороточного билирубина > 20 мкмоль/л.

Под редакцией главного
гастроэнтеролога Минздрава России,
академика РАН
Владимира ИВАШКИНА.

Характеристика внутрипечёночного холестаза беременных, синдрома HELLP и острой жировой печени беременных

	Внутрипечёночный холестаз беременных	HELLP синдром	Острая жировая печень беременных
%	0,1-1,0	0,2-0,6	0,005-0,01
Триместр	(2 или) 3	3 и после родов	3 или после родов
Наследственная отягощённость	Часто	Нет	Редко
Наличие преэклампсии	Нет	Да	50%
Типичные клинические признаки	Зуд, увеличение АЛТ/АСТ, уровня желчных кислот натощак	Гемолиз, увеличение уровня печёночных проб, тромбоцитопения (часто <50000/мкл)	Печёночная недостаточность с умеренной желтухой, коагулопатия, энцефалопатия, гипогликемия
Повышение уровня АЛТ	Умеренное до 10-20 N	Умеренное до 10-20 N	5-15N
Билирубин	< 5 мг/дл (< 85 мкмоль/л)	В большинстве случаев <5 мг/дл (<85 мкмоль/л)	Часто <5 мг/дл (<85 мкмоль/л)
Инструментальные методы исследования	Норма	Инфаркты печени, гематомы	Жировая инфильтрация
Материнская смертность (%)	0	1-25	7-18
Фетальная/перинатальная смертность (%)	0,4-1,4	11	9-23
Рецидив при последующих беременностях (%)	45-70	4-19	20-70 (при наличии мутаций 3-гидроксиацил-коэнзим А дегидрогеназы)

ния заболевания печени. У больных АИГ или перекрёстным синдромом ПБЦ/АИГ возможно обострение заболевания во время беременности или после родов.

УДХК. При холестатических заболеваниях разрешается применение УДХК во втором и третьем триместрах беременности. Ни у матерей, ни у новорождённых не зафиксировано побочных эффектов применения УДХК. Для применения во время грудного вскармливания УДХК не одобрена, в то же время следует отметить, что препарат практически безопасен для ребёнка, поскольку в грудном молоке не обнаружено значительное содержание УДХК.

молоко азатиоприн проникает в очень небольших количествах, однако возможность грудного вскармливания также должна решаться индивидуально.

Рекомендации:

1. Диагноз ВХБ устанавливается на основании появления зуда во время беременности, повышения уровня АЛТ и желчных кислот натощак в сыворотке крови и исключения других причин зуда и нарушения функции печени (ШШ-2/C2). Диагноз считается подтверждённым после нормализации печёночных проб после родов.
2. Женщин с ВХБ следует информировать о возможности преждевременных родов

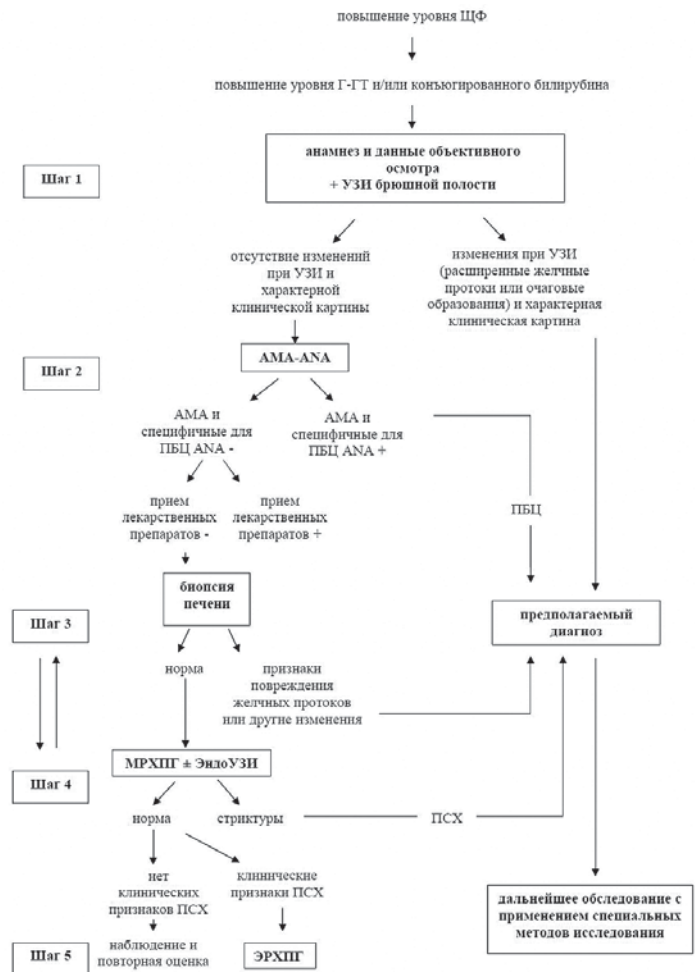


Рис. 1. Алгоритм диагностики холестатических заболеваний печени у взрослых пациентов

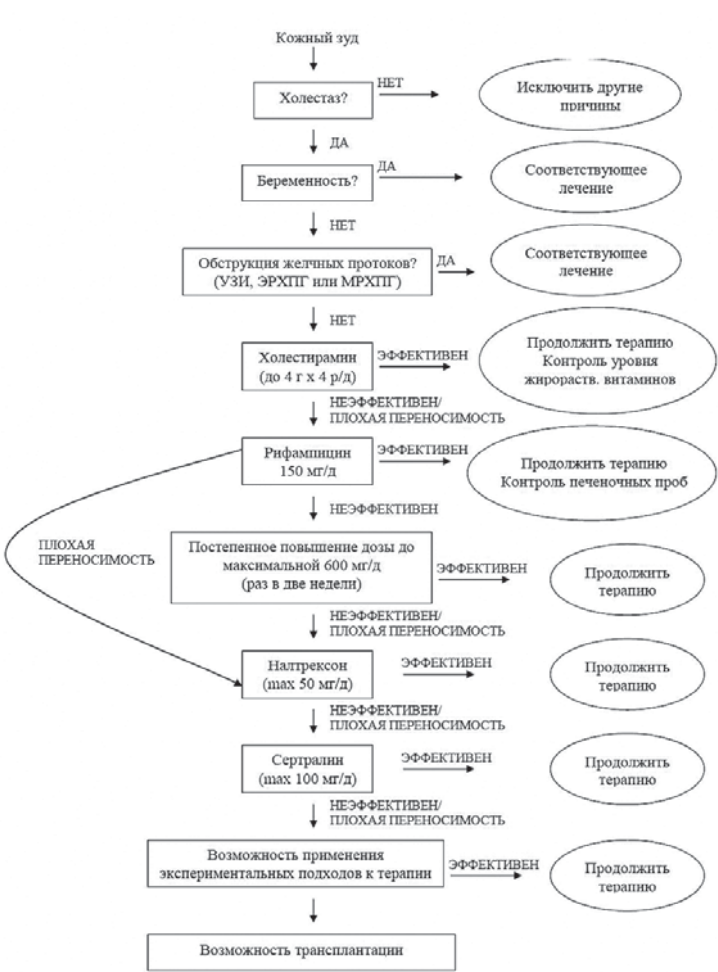


Рис. 2. Подходы к терапии кожного зуда при холестазе

Опираясь на труды психологов, психотерапевтов и психиатров, мы можем видеть внутреннюю картину болезни при различных зависимостях от психоактивных веществ (табак, алкоголь, наркотики) и состояний (компьютеромания, игромания и т.п.). Утрачивая внутреннюю свободу, человек постепенно впадает в иллюзию нравственной вседозволенности, ложно понятию как настоящая свобода, снимает с себя «тормоза» ответственности, заглушает укоры совести и с головой окунается в омут патологических пристрастий. Больной думает, что сам распоряжается своими желаниями, потребностями, интересами. На деле же он связан ими...

С чувством глубокого недовольства

Вы задумывались когда-нибудь, почему животные не страдают зависимостями: не курят, не пьют, не испытывают патологического азарта? Если хищник не голоден, то не будет убивать и поедать потенциальную жертву. А вот дрессированную обезьяну можно научить курению. И это притом что многие психические процессы и соматические заболевания животных и человека весьма схожи.

Одно из принципиальных отличий биологического вида homo sapiens от представителей дикой природы – склонность к зависимому поведению. Не находя внутреннего и социального удовлетворения, человеческое «я» сообщает нормальным физиологическим потребностям свою ненасытность и безграничную энергию. Отсюда – не просто переживание, но обжорство, не просто скупость, но алчность, не просто вспыльчивость, но ярость.

«Алчному всегда чего-то не хватает, он никогда не будет чувствовать полного «удовлетворения»... не имеет предела насыщения, поскольку утоление такой алчности не устраняет внутренней пустоты, скуки, одиночества и депрессии», – полагает видный западный психолог Эрих Фромм. По его мнению, «укоренённые в характере страсти» являются ответом не на социальные конфликты, а на неразрешённые духовно-нравственные противоречия: «Страсти – это божества, которым поклоняется человек».

Когда пристрастие удовлетворено, наступает некоторое облегчение. На какое-то время состояние улучшается. Вроде бы жизнь стала лучше и безопаснее, исчезли неуверенность, усталость и беспокойство. Но иллюзии скоро тают. И оказывается, что трудности и проблемы никуда не делись, а только обострились. Жизнь блекнет, теряет смысл. Больного вновь одолевают печаль, раздражительность, тревога, презрение к себе и разочарование.

Однако ему хочется снова «чувствовать себя хорошо», причём прямо сейчас. Вот тогда человек опять обращается к довольно простому и испытанному способу решения проблем – бежит в мир иллюзий. Осознанно или неосознанно он старается заменить свою боль удовольствием, получаемым от пристрастия. Образуется схема последовательного перехода: пристрастие – болезнь – пристрастие. Зависимый человек обычно «одержимый». Обратим внимание, что это слово поставлено в кавычки. Речь идёт об одержимости в переносном смысле. Мы же говорим «одержимый идеей», «одержимый работой», «одержимый страстью».

Подчеркну, что зависимость не всегда делает «одержимым». Например, при сахарном диабете инсулинозависимые люди страдают не от демонов и греховных страстей, а от дефицита гормона поджелудочной железы

(соматическая патология). Если же зависимость имеет духовно-психологическую природу, то нарушения в организме и психике вторичны и зачастую являются следствием безнравственных поступков, неправильного выбора и глубокого кризиса личности.

Воздействие зависимости многократно превышает силу любой (даже дурной) привычки и безудержного желания. Ни страстное увлечение, ни сильная привычка так тотально не влияют на личность. Недаром само слово «зависимость» означает невозможность

мецкий курорт. Ей показали дом, где играют в рулетку. Старуха с любопытством наблюдала за игроками, потом сделала ставку. Она поставила на zero («ноль») – и проиграла. Ещё ставка – и вновь проигрыш. Опять zero – и снова шарик проскочил мимо заветной клетки... Но вот, наконец, выигрыш! Старуха чрезвычайно разволновалась и «сорвалась с цепи». Азарт выпустил на волю дремавшие в ней страсти, в первую очередь гнев и жажду денег.

Будучи сам прежде заядлым игроком, Ф.Достоевский мастерски описывает внутреннее пламя,

Врач и пациент

Как не стать «рабом лампы»

Зависимость от психоактивных веществ и состояний представляет серьёзную угрозу



На занятиях по здоровому образу жизни царит творческая атмосфера

действовать самостоятельно. Увы, хорошо известна, к примеру, алкогольная деградация личности. Ей свойственны и ненормативная лексика, и хулиганские выходки, и прочие асоциальные действия.

По меткому определению всегдатаев интернет-сайтов, зависимость означает, что ты «завис» и «висишь» глухо, и сам себя «снять» не можешь. При этом вовсе не обязательно, что несчастный полностью теряет самоконтроль и его сознание зомбировано. В некоторых ситуациях он ведёт себя вполне адекватно. Но как только возникает какой-либо психологический или социальный соблазн, тотчас оказывается в рабстве собственного безволия. Фактор риска провоцирует формирование и развитие зависимости.

Вот почему свобода духовно зрелой личности определяется её собственным отношением к происходящим событиям, а свобода духовно слабого человека зависит от «длины его цепи».

О внутренней картине

Разбирая на наших занятиях со студентами-медиками тему зависимости от психоактивных веществ и состояний, я стараюсь приводить яркие и понятные иллюстрации из художественной литературы. На мой взгляд, междисциплинарный подход и интегративное осмысление помогают будущим врачам лучше разобраться не только в насущных вопросах здорового образа жизни, но и в личных проблемах.

Так, в замечательном романе Ф.Достоевского «Игрок» дан портрет 75-летней женщины, охваченной азартом игры. Московская барыня, собиравшаяся готовиться к смерти и прикованная к инвалидному креслу, приехала на не-

Одного поля ягоды

Курение (никотиномания), алкоголизм, наркомания, компьютеромания, игромания, патологическое пристрастие к музыке (меломания), обильной или вкусной еде (гурманство), сексуальная зависимость, спортивный фанатизм – все мании не перечислишь. Эти заболевания – одного поля ягоды. Слово сёстры-близнецы, они имеют много общего, что побуждает нас рассматривать их в единой связи. Так, всем названным болезням свойственны синдром психической зависимо-

сосредотачивается на одном объекте и одной ситуации. В случае с азартным игроком таким объектом становится рулетка (игровой аппарат), а ситуацией – игра.

К зависимости predisposed люди одинокие, психически неуравновешенные, со сниженной способностью к адаптации в условиях стресса. Разумеется, на формирование пристрастий влияет неблагоприятная наследственность, а также отсутствие любви и уважения в семье.

Наивно думать, будто духовные, социальные, психологические и биологические причины зависи-

сти (навязчивое влечение и т.п.) и синдром физической зависимости («ломка», похмелье и т.д.).

Возникают закономерные вопросы: почему у разных людей с одинаковым чувством внутреннего «голода» развиваются различные формы зависимости? Какой фактор определяет форму зависимости, и как его распознать?

Учёные полагают, что каждый человек потенциально склонен к зависимости. Взять хотя бы такие мягкие виды, как пристрастие к снотворным таблеткам, сладостям, крепкому кофе и чаю. Так, некоторых неумеренных любителей кофе называют кофеманами. Все виды удовольствия (в том числе от пищи, игры и половой активности) приносят наслаждение потому, что активизируют одну и ту же зону мозга – специфическую «систему награды» («центр удовольствия»). А потом запускается процесс формирования симптомов конкретного клинического варианта болезни (наркотического, игрового, пищевого, сексуального и пр.).

Итак, зависимая личность представляет собой каркас, на который нанизываются зависимости – идола. Вот и получается: секс, игромания, алкоголизм – выбери своё, точнее, отдайся в его власть. Часто встречаются и смешанные формы зависимости, например алкоголик-курильщик, наркоман-игрок. И подтверждается горький афоризм: «Свобода ограничивается тем, что человек может выбрать себе господина».

По мнению зарубежных специалистов, зависимая личность имеет свои особенности. Пристрастия постоянно используются в качестве искусственной защиты и избавляют от наплыва негативных переживаний. При этом значимое отрицательное чувство связано с предпочитаемым видом зависимости. Так, некоторые люди начинают азартную игру только тогда, когда сильно раздражены. Значит, игра их успокаивает. Спрашивается, затянет ли игра, если душа спокойна?

С точки зрения психологов, человек не склонен к зависимости, когда находится в согласии с самим собой и адекватно выражает свои чувства. Поэтому психологические факторы (например, черты темперамента и саморегуляция эмоций) являются очень важными предпосылками развития расстройств поведения. Увлечение предметом зависимости – это отчаянная попытка контролировать чувства, которые иначе кажутся неподвластными. Но навязчивое стремление к освобождению – симптом внутренней несвободы.

У большинства людей, страдающих какой-либо зависимостью, обнаруживается так называемое ядро страхов (фобическое ядро). Смысл жизни и стремлений также

мостей от психоактивных веществ и состояний действуют строго по порядку. Зачастую все факторы дают на нас с утроенной мощью. Когда человек попадает в омут, всё влечёт его вниз: и воронка воды, и внутренний шок, и собственный вес, и земное притяжение...

Итак, первопричины зависимого поведения находятся в ядре личности и глубинах психики. Экзистенциальные проблемы, потеря смысла жизни, явное или скрытое нарушение нравственных законов и ценностных ориентаций приводят сначала к духовному и эмоциональному кризису, а потом – к соматическому заболеванию. Связь физического, психического и духовного в человеке прочна и взаимна. Поэтому болезнь какого-либо органа может ещё сильнее подорвать общее эмоциональное состояние, нарушить мышление и поведение. Порочный круг замыкается...

Провокационный вопрос

На занятиях со студентами-медиками по дисциплине «Здоровый образ жизни» я из педагогических соображений иногда задаю провокационные вопросы: «А ну-ка поднимите руки, кто из вас не «раб лампы»? Возникает лес рук. Каждый быстро вспоминает знакомую с детства сказку «Волшебная лампа Аладдина». В памяти оживает джин, вынужденный исполнять прихоти своего повелителя. И, конечно, никто не отождествляет себя с этим спорным персонажем.

Когда ассоциативная цепочка выстроена, я продолжаю: «Кто из вас куряка? Поставьте эксперимент, способны ли вы воздержаться от дурной привычки. Заставьте себя не брать сигарету исключительно усилиями воли. Заметьте: не потому, что пачки нет под рукой и лень за ней идти или мама стоит рядом, или иная ситуация не позволяет закурить, а только усилиями воли! И увидите, насколько вас хватит и кто у кого в плену: вы управляете привычкой или она – вами. И тогда поймёте, что у каждого – своя «лампа».

На следующих лекциях или семинарах самые самокритичные студенты честно признаются: «Да, мы – «рабы лампы»! А мы и не знали! Но что поделаешь?!» Этот вопрос адресован всем нам: врачам, психологам, педагогам. И надо идти дальше, чтобы дать на него ответ.

Константин ЗОРИН,
доцент кафедры ЮНЕСКО
«Здоровый образ жизни – залог
успешного развития»
Московского государственного
медико-стоматологического
университета им. А.И.Евдокимова,
кандидат медицинских наук.

В отечественной медицине очередные новации: согласно решению Минздрава России, в не заполненные врачами терапевтические кабинеты поликлиник страны приходит новое пополнение участковых врачей – вчерашние шестикурсники, не прошедшие традиционного предварительного элементарного обучения своей будущей профессии. Говорить о причинах сложившейся ситуации мы не станем: пусть каждый сделает свой вывод самостоятельно. А вот поговорим о том, что ждёт в таком случае наших выпускников, мы просто обязаны.

Дефицит на дефиците

По данным Минздрава, к концу 2016 г. дефицит терапевтов в первичном звене в нашей стране составил 27%, педиатров – 18%. Например, по данным Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. И.П.Павлова, в городе в общей сложности сегодня не хватает 585 участковых врачей. Кроме дефицита врачей, есть ещё одна проблема, о которой следует сказать особо. Касается она возраста работающих врачей. Согласно нашим данным, по состоянию на 2016 г. средний возраст терапевтов в западных регионах страны составляет примерно 47,33 года. При этом количество лиц пенсионного возраста, продолжающих работать участковыми терапевтами, в Смоленской области составляет 38,7%, в Брянской – 41,7%, а в Калининградской – 54,8%! Число же молодых врачей в возрасте до 40 лет в этих областях составляет, соответственно, 33,8% (влияние собственного медицинского университета в Смоленске), 15,33% (отсутствие медицинского вуза в Брянске) и 13,8% в Калининграде. Открытие медицинского факультета в Университете им. Канта в Калининграде в этом плане пока себя не оправдывает: кадры терапевтов пополняются за счёт приезжающих в регион врачей в пред- и пенсионном возрасте.

После долгих раздумий и неудачных попыток решения этой злободневной проблемы Минздравом было найдено оригинальное решение: восполнить нехватку кадров в первичном звене за счёт нынешних выпускников медицинских вузов путём изменения системы их допуска к получаемой профессии посредством аккредитации. Уже с осени этого года выпускники педиатрического и лечебного факультетов начинают практику участкового врача без предварительного обучения по специальности «терапия» в интернатуре или ординатуре (для тех, кто не помнит, – раньше была ещё и субординатура). Всё это происходит на фоне сумбурной попытки реформы послевузовского образования врачей, которая вызвала настоящий переполох в их среде. Интересен тот факт, что управляли будущей судьбой нынешних выпускников какие-то неведомые силы при полном недоумении профессорско-преподавательского состава медицинских вузов страны. В воздухе носились сменяющие друг друга кардинально противоположные потоки информации от «вопрос уже безапелляционно решён» до «этого нельзя делать ни в коем случае в силу своей абсурдности». Наконец кто-то «дал отмашку» прекратить все эти разговоры – и судьба выпускников была решена однозначно.

Поучительные рассказы

Что волнует нынешнего молодого врача, получившего весьма туманное представление на 6-м курсе о своей будущей работе? Волнуют его профессиональная неопытность, отсутствие элементарных навыков в общении со своими будущими пациентами и высокая ответственность в предстоящей работе. «Большая часть вашей работы не будет иметь ничего общего с зельями и порошками, но будет представлять собой влияние сильного на слабого, праведного на нечестивого, мудрого на глупого.

петская», «Пропавший глаз» и «Звёздная сыпь»). «Вы, доктор, так моложавы, так моложавы... Прямо удивительно. Вы на студента похожи», – такими словами встречает одного из персонажей писателя акушерка Анна Николаевна, которая станет его настоящим наставником в избранной им профессии. «Я ни в чём не виноват, – думал я упорно и мучительно, – у меня есть диплом, я имею пятнадцать пятёрок. Я же предупреждал ещё в том большом городе (очевидно, в Смоленске, если речь идёт о самом писателе. – авт.), что хочу идти вторым врачом. Нет.

работы М.Булгаковым было принято: в октябре 1916 г. – 806, в ноябре – 1198 и в декабре – 1184 амбулаторных больных. В стационаре за это время прошли лечение 82 пациента и 122 эпидемических больных. В автобиографическом рассказе «Стальное горло» он пишет: «Вот настал день, когда я принял сто десять человек. Мы начали в девять часов утра и закончили в восемь часов вечера». В рассказе «Вьюга» он писал: «Ко мне на приём по накатанному санному пути стали ездить сто человек крестьян в день. Я перестал обедать». В своё

Вскоре у М.Булгакова наступило полное разочарование избранной профессией. Следствием этого явилось его заявление в Военный комиссариат от 10 октября 1932 г.: «Ввиду того, что окончил давно, в 1916 г., медицинский факультет и, бросив вследствие полного отвращения в 1919 г. занятие медициной, я совершенно утратил какие то ни было познания по медицине... я прошу освободить меня от какого то ни было отношения к врачебному званию». Позже в письме к А.Гдешинскому от 28.12.1939 г., будучи уже тяжело больным, он поделился с ним од-

Точка зрения

Когда нужда правит бал

Не стоит ли перечитать «Записки юного врача» М.Булгакова?



А ведь пациент всегда ждёт от нашего доктора квалифицированной помощи...

Медицинская практика основана на 4 принципах: ремесло, наука, клятва Гиппократова и джентльменское поведение», – напутствовал молодых врачей в своё время Уильям Ослер (1849-1919).

Прошло 100 лет с тех пор, как в условиях военного времени М.Булгаков летом 1916 г. был вынужден досрочно окончить обучение на медицинском факультете университета и добровольно поступить в распоряжение Красного Креста. Проработав всё лето в прифронтовых госпиталях Юго-Западного фронта (всё же это хороший, пусть и не большой, жизненный опыт!), 29 сентября молодой, ещё не состоявшийся врач прибыл к месту своего окончательного назначения в Никольскую земскую больницу Карачаевской волости Сычёвского уезда Смоленской губернии. В Никольском ему приходилось быть и терапевтом, и хирургом, и окулистом, и стоматологом, и венерологом. Хорошо известно, что именно реальные жизненные ситуации во время службы М.Булгакова в качестве земского врача легли в основу его широко известного цикла рассказов под общим названием «Записки юного врача» («Полотенце с петухом», «Крещение поворотом», «Стальное горло», «Вьюга», «Тьма еги-

Они улыбались и говорили: «Освоитесь» (рассказ «Полотенце с петухом»).

Вот как вспоминает появление молодого врача в Никольском жена М.Булгакова Т.Лаппа: «В первую же ночь, как мы приехали, Михаила к роженице вызвали. Я сказала, что тоже пойду, не останусь одна в доме. Он говорит: «Забирай книги и пойдём вместе». Только расположились и пошли ночью в больницу. А муж этой увидел Булгакова и говорит: «Смотри, если ты её убьёшь, я тебя зарежу». Вот, думаю, здорово. Первое приветствие. Михаил посадил меня в приёмной, «Акушерство» дал и сказал, где раскрывать. И вот прибежит, глянет, прочтёт и опять туда. Хорошо, акушерка опытная была. Справились, в общем... И всё время потом ему там грозили». Много раз герой М.Булгакова, молодой, неопытный врач, проклинал свою судьбу и жалел, что выбрал специальность врача: «Я остро пожалел, зачем пошёл на медицинский факультет», «Только дойду домой – и застрелюсь...».

Прибывшему в Никольскую больницу молодому и неопытному «лекару с отличием» пришлось обслуживать 8 волостей, в которых проживали 36 583 человека. В первые три месяца

время А.Твардовский говорил о людях, желающих вступить на литературное поприще: «Котят учат плавать слепыми». Если в литературе это возможно (пусть вырабатывается свой собственный голос и взгляд на мир!), то в медицине это крайне недопустимо – ведь речь идёт о больном человеке, которому требуется своевременная квалифицированная врачебная помощь. Согласно материалам дела по медицине Сычёвской уездной земской управы Смоленской губернии, в Никольской больнице по штату должны были работать два врача, но никто из практикующих врачей ехать туда не собирался. Через год неимоверно напряжённого труда 18 сентября 1917 г. М.Булгаков добился перевода в Вяземскую городскую больницу. Перед отъездом из Никольского ему была выдана справка, в которой сообщалось, что молодой доктор «зарекомендовал себя энергичным и неутомимым работником на земском поприще».

Не перейти предела

«Есть некий предел, после которого выдержка, самообладание перестают быть добродетелью», – писал в своё время англо-ирландский политик и философ Эдмунд Бёрк (1729-1797).

ним из больших разочарований в своей жизни: «...во мне происходит ясно мною ощущаемая борьба признаков жизни и смерти... Могу добавить лишь одно: к концу жизни пришлось пережить ещё одно разочарование – во врачах-терапевтах. Не назову их убийцами, это было бы слишком жестоко, но гастролёрами, халтурщиками и бездарностями охотно назову, есть исключения, конечно, но как они редки!

Да и что могут эти исключения, если, скажем, от таких недугов, как мой, у аллопатов не только нет никаких средств, но и самого недуга они верно не могут распознать.

Пройдёт время и над нашими терапевтами будут смеяться, как над мольтеровскими врачами. Сказанное к хирургам, окулистам, дантистам не относится... Поэтому принял новую веру и перешёл к гомеопатам».

Благодаря проводимым бесконечно долго и хаотично так называемым реформам мы создали циничное по отношению к своей собственной стране социально разобщённое общество людей, общество потребления. Формирующий годами напряжённого труда высокий профессионализм, стремление к высоким идеалам общечеловеческой культуры, совесть, честь и порядочность людей перестали быть в почёте и стали чем-то вроде неугодных нынче в российском обществе атавизмов социалистического прошлого. Угодливость перед властью имущими, зависть к чрезмерному и незаслуженному нажитому богатству, обогащение любой ценой стали основной целью существования множества жалких безликих индивидуумов. Много ли денег необходимо для полного счастья такому человеку? В записных книжках А.Чехова по этому поводу можно прочитать следующее: «У русского человека единственная надежда – это выиграть двести тысяч».

В отличие от человека советского периода, в характерах оголтелых «ура-патриотов» нынешней России уютно уживаются лицемерие на всех уровнях, хищнический интерес к собственной наживе любым способом с пустой болтовнёй о дальнейшей судьбе государства при полном игнорировании его интересов. В одном из лучших произведений А.Чехова «Степь»

(6-я глава) есть запоминающе-ся высказывание: «Природа вложила в русского человека необыкновенную способность верить, испытующий ум и дар мышления, но всё это разбивается в прах о беспечность, лень и мечтательное легкомыслие» (рассказ «На пути»). Стоит ли задаваться вопросом – любил ли Россию великий писатель и был ли он её патриотом? Прекрасную статью под названием «Думающий о России и американец» опубликовал в своё время Фазиль Искандер. Вот только один из её фрагментов: «В России сейчас бесчестные люди бесконечно судятся друг с другом, отстаивая свою сомнительную честь. И ни у одного судьи не хватает воли встать и сказать: «Суд отменяется по причине отсутствия предмета спора».

По законам жизни

Существуют объективные законы природы и общества, которые никому не позволяют нарушать. В противном случае это закончится катастрофой. Всем нам хорошо известно, что прежде чем в периферической крови появится функционально полноценная рабочая клетка крови, она должна пройти ответственные стадии дифференцировки, определиться с родовой принадлежностью, а затем, что особо важно, пройти стадию созревания. Только после этого с разрешения иммунной системы она может появиться в крови и выполнить предназначенную ей функцию. Таковы законы жизни – и они не подлежат обсуждению.

В качестве оценки сложившейся ситуации хотелось бы привести фрагменты из нескольких интервью известного в нашей стране терапевта, заслуженного деятеля науки РФ профессора А.Вёрткина, возглавляющего общественную организацию содействия развитию догоспитальной медицины «Амбулаторный врач»: «В поликлинику ходит огромное количество людей, и там должны быть сконцентрированы квалифицированные кадры. Поликлинические врачи также работают в дефиците времени, и нужно быть очень образованным доктором, чтобы в таких условиях увидеть, что происходит с пациентом, поставить диагноз и понять, как нужно лечить, при этом выделив приоритеты и разделив задачи по ранжиру. Но в вузе обучение основам поликлинической практики больше напоминает ознакомление... Терапевт поликлиники – это особая область знаний. В медицинских вузах этому повсеместно не учат. Из вуза можно выйти со специальностью «терапевт», но поликлиническая терапия имеет свои особенности. Несколько минут – и пациент должен уйти с диагнозом и рекомендациями». Не верить в этом человеку, посвятившему всю свою весьма плодотворную жизнь медицине, избранной профессии, нельзя. Сейчас в медицинских вузах страны уже проведены радикальные преобразования в преподавании поликлинической терапии, в результате которых вчерашних шестикурсников можно смело определять в пустующие кабинеты поликлиник.

Напомним, что 1 июля 2017 г. вступил в силу приказ Министерства здравоохранения РФ № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи». Количество критериев выросло радикаль-

но – с применявшихся ранее 50 до 2,4 тыс. Председатель Правительства РФ Дмитрий Медведев утвердил паспорт проекта Минздрава – «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь». С 26 июля 2017 г. по 1 апреля 2023 г. планируется работа над улучшением показателей эффективности медучреждений первичного звена. Цель проекта – повысить удовлетворённость населения качеством оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях до 60% к 2020 г. и до 70% – к 2022 г. Для успешной и безоговорочной реализации проекта на местах в ход пущена тяжёлая артиллерия. На заседании Правительства РФ премьер-министр Дмитрий Медведев заявил о том, что теперь независимая оценка качества услуг в поликлиниках и больницах будет учитываться при анализе эффективности работы не только главврачей, но и губернаторов (sic!). Вряд ли кто-либо из разработчиков этих проектов думал в это время о заложниках ситуации – вчерашних выпускниках медицинских ВУЗов, брошенных спасать сложившуюся катастрофическую ситуацию в первичном звене.

Учиться у нашего учителя

С далёких булгаковских времён отношение со стороны общества и пациентов к представителям медицинской профессии существенно образом изменилось. В настоящее время в России медицинскому работнику определена весьма скромная роль. Работа врача первичного звена, перегруженного сегодня в жёстких временных рамках параметрами бюрократическими обязанностями, сводится чуть ли не к функции кассира в современном супермаркете, выдающего чек на определённый набор продуктов (в данном случае лекарств). Родившееся новое поколение молодых докторов по своему воспитанию и идейному уровню в корне отличается от завершающего свой трудовой путь (здесь было бы даже более уместно слово «подвиг») врачей старшего поколения. Воспитанные в другое время и по другим калкам, они прекрасно знают современный рынок труда и настроены, с оглядкой на мировую медицинскую практику, на плодотворную врачебную деятельность, достойное и обеспеченное врачебное существование. Ведь, по данным Минздрава, среднемесячная зарплата врача в стране в 2016 г. составила 50 тыс. руб. В отличие от своих старших коллег, они не будут долго и безропотно терпеть сложившуюся на сегодняшний день стрессовую ситуацию в первичном звене здравоохранения, в которую они попадут сразу после получения диплома врача. Они просто найдут для себя другие «хлебные» медицинские специальности, уйдут в фармкомпанию или в мелкий бизнес, чтобы прокормить себя и свою семью. Часть из них, способных молодых врачей, в отличие от «молчаливых ломовых коней», могут «бросить своё дело» и навсегда отвернуться от медицинской профессии. Вот о них-то и моя печаль...

Александр ЛИТВИНОВ,
профессор,
Смоленский государственный
медицинский университет.

Выводы

Гены интеллекта

Группа учёных из Нидерландов, Швеции, Великобритании и США обнаружила 40 генов, ответственных за врождённое развитие у человека интеллекта. Таковы выводы совместной работы.

Исследователи проанализировали данные о геноме 78 тыс. европейцев, в том числе детей. Были обнаружены 29 из 40 генов так называемым полногеномным анализом ассоциаций, а 11 – полногеномным поиском ассоциаций. Специалисты сделали вывод, что экспрессия генов, отвечающих за врождённый интеллект, происходит преимущественно в головном мозге и связана с развитием нервных клеток.

Как известно, на сегодняшний день существуют две конкурирующие точки зрения на формирование человеческого интеллекта. Согласно первой, за его высокий уровень отвечают наследственные факторы, вторая точка зрения отводит в этом решающую роль воспитанию и внешнему окружению человека.

Алина КРАУЗЕ.

По материалам Nature Genetics.

Исследования

Блокада иммунных клеток

Исследователи из Университета Квинсленда оказались близки к разработке лекарства нового типа для лечения таких аллергических заболеваний, как ринит, крапивница, астма, экзема и дерматит.

Команда учёных из Института молекулярной биологии США и Центра передового опыта ARC в области усовершенствованной молекулярной визуализации построила молекулярные коммутаторы, которые могут контролировать иммунный ответ организма человека на многие распространённые аллергены.

Иммунные клетки человека реагируют на аллергены, высвобождая гистамин и другие химические вещества, которые вызывают воспаление и приводят к аллергическим реакциям.

«Мы можем принимать антигистаминные препараты, чтобы облегчить симптомы некоторых видов аллергии, но эти лекарства не влияют на коренные причины воспаления, которые могут привести к тяжёлым хроническим заболеваниям, включая астму, – сказал автор исследования доктор Абишек Йер. – Разработанный нами молекулярный переключатель отключает важный белок на поверхности иммунных клеток человека, который контролирует реакцию нашей иммунной системы на многие аллергены в окружающей среде. Это совершенно новый подход к управлению риском развития серьёзных аллергических и воспалительных реакций, которые приводят к заболеваниям, но клинические испытания этих переключателей на людях пока всё ещё впереди».

Доктор Роберт Рейд, соавтор исследования, сказал, что их команда сконструировала небольшие химические соединения, которые отключили функцию иммунных клеток человека, вызывающую аллергический ответ. В ходе испытаний соединений на грызунах было установлено,

**ВСЕМИРНЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ФОРУМ**

MEDICA®

13 – 16 НОЯБРЯ 2017
ДЮССЕЛЬДОРФ ГЕРМАНИЯ

www.medica-tradefair.com

**CONNECTED
HEALTHCARE
FORUM**

www.medica.de/MCHF2

**HEALTH II
FORUM**

www.medica.de/II/MHF2

ACADEMY

www.medica.de/ACADEMY

T5 CAREER FORUM

www.medica.de/T5/MCF2

Весь мир медицинского оборудования и товаров воочию и в одном месте:

- Все инновации в сфере информационно-коммуникационных технологий в медицине
- Передовые ноу-хау
- Инновационные решения для Вашей ежедневной практики
- Сбор данных и работа в сети
- eHealth, mHealth, eHealth и многое другое

Если Вы хотите всё это увидеть, понять и испытать: добро пожаловать в Дюссельдорф на крупнейший в мире медицинский форум!

ПРИСОЕДИНЯЙТЕСЬ К ЛИДЕРУ!

000 «Мессе Дюссельдорф Москва»
119021 Россия, Москва, ул. Тимура Фрунзе, д. 3, стр. 1
Тел.: +7 495 955 91 99 (8 202 или 648)
PikulevaE@messe-duesseldorf.ru

www.messe-duesseldorf.ru

**Basis for
Business**

**Messe
Düsseldorf**

что полученные «коммутаторы» являются невероятно эффективными при лечении грызунов с воспалительными заболеваниями, характерными для человека.

Следующим шагом будет использование новых небольших соединений для лучшего понимания молекулярной основы иммунных реакций человека и разработки лучших методов лечения для разнообразных типов аллергии, астмы и других воспалительных состояний.

До сих пор борьба с аллергическими реакциями заключалась в купировании симптомов аллергии либо в устранении самих аллергенов – так, например, в Дании в 2015 г. был разработан специальный назальный фильтр, не допускающий проникновения пылицы в организм аллергика. Такой же принцип действия (барьерный) и у некоторых препаратов «от аллергии» – в создании в носовых проходах защитной плёнки, которая не позволяет аллергенам проникать в организм. Недостаток таких средств заключается в том, что аллерген может проникнуть не только через носовые проходы, но и через слизистую глаз и носа. Кроме того, частицы, вызывающие аллергическую реакцию, улавливаются такими фильтрами не полностью.

При первом попадании аллергена в организм человека начинается синтез специальных антител к этому соединению, получивших название иммуноглобулина Е (IgE). Постепенно IgE накапливается в организме и при повторном контакте с аллергеном взаимодействует с ним, образуя так называемые комплексы антиген-антитело, которые присоединяются к мембранам тучных клеток, вызывая тем самым их дегрануляцию (разрушение клеточной оболочки). При этом высвобождается множество активных веществ, в том числе и гистамин. При соединении со своими рецепторами в различных органах это

вещество обуславливает возникновение таких биологических эффектов, как повышение проницаемости клеточных мембран (отёк тканей), покраснение кожи, зуд. У одних людей развивается бронхоспазм, становящийся причиной приступа удушья при бронхиальной астме, у других – ринит.

Принцип действия антигистаминного препарата заключается в соединении с H1-рецепторами к гистамину в различных тканях организма. Поэтому сам гистамин уже не может с ними связаться и спровоцировать развитие неблагоприятных для человека эффектов.

К сожалению, все антигистаминные препараты имеют достаточно много побочных эффектов, которые могут значительно снизить качество жизни пациента. Кроме того, существует исследование, согласно данным которого некоторые антигистаминные препараты увеличивают риск развития слабоумия.

Команда под руководством профессора Рэя Стептоу из института Диамантина Университета Квинсленда пошла другим путём: учёные сумели «выключить» иммунный ответ, который вызывает аллергические реакции. В стволовых клетках крови отредактировали ген, регулирующий память об аллергических протеинах, потом эти клетки имплантируют реципиенту. Стволовые клетки вырабатывают новые клетки крови с памятью о нужных белках, и они уже будут обращаться к определённым иммунным клеткам, «выключая» реакцию на аллергены. Если учёным удастся довести свой метод до клинических испытаний и благополучно их пройти, то они совершат прорыв в лечении аллергии: с ней можно будет справиться один раз и навсегда всего одним уколом.

Дина РОЗИНА.

По материалам MedicalXpress.

Гипотезы

Микробные происки

Учёным удалось выяснить, что болезнь Альцгеймера может быть следствием воспалительных процессов. Так, американские биологи считают, что данная нейродегенеративная патология может быть «заразной» – в мозгу больных людей нашли бактерии. Ранее подобные гипотезы уже высказывались. Напомним, что пока науке не известны точные причины развития болезни Альцгеймера.

Специалисты считают, что болезнь может быть реакцией на появление микробов внутри мозга. Когда белковые молекулы (прионы) накапливаются в нервных клетках, они могут вызывать появление тех самых бляшек. Причём они могут попадать в кровь, а не только непосредственно в мозг.

Исследователи сравнили микробы в мозгу здорового человека и больных Альцгеймером. Оказалось, что у больных разных видов бактерий было примерно в 7 раз больше. Например, микроорганизма *Actinobacteria* было больше в 10 раз.

Как считают учёные, микробы каким-то образом в большом количестве проникают в мозг – и именно это становится причиной воспаления и последующего появления бляшек. Но точный механизм, как и почему это происходит, пока остаётся загадкой.

Наряду с этим заокеанские нейробиологи рассказали, какие продукты действительно полезны для мозга, так как содержат необходимые для его работы вещества. Прежде всего, это оливковое масло. В нём много полезных жирных кислот и витаминов А и Е, которые помогут укрепить нервную систему и улучшить проводимость нейронов. Кроме того, оливковое масло защитит мозг от Альцгеймера, а также поможет укрепить сосуды и снизить риск образования тромбов.

«Ещё одно масло, которое ваш мозг с радостью «скушает», – миндальное. В нём есть рибофлавин и L-карнитин, которые помогают активизировать деятельность нейронов и защищают их от гибели и деформаций», – отмечают эксперты.

Кроме того, очень полезна для мозга гречка. Она содержит много витаминов группы В, марганца, фосфора и цинка. Эти вещества очень важны для передачи импульсов в мозгу. Много полезных для мозга веществ содержат яйца, особенно желток. Самые полезные – перепелиные яйца, в них больше витаминов, а кроме того, они почти никогда не вызывают аллергию.

Также для мозга полезен тёмный шоколад. Он помогает снять воспаление, снижает артериальное давление, улучшает кровоток в головном мозге, а также повышает настроение.

Ракурс

Какую диету считать оптимальной

Продукты с высоким содержанием жира при борьбе с избыточной массой тела исключают в первую очередь, однако содержащее сахар «диетическое» питание также может привести к набору дополнительных килограммов. Об этом сообщили учёные из Университета Джорджии (США).

Ведущий автор исследования Криштоф Цая пояснил, что на рынке в настоящее время множество продуктов, которые создают ложную видимость здоровой пищи. На них есть маркировки вида «обезжиренный» или «0% жира», но в них содержится большое количество сахара, что также может вести к повреждению печени и ожирению.

Крысы, рацион которых имитировал питание подобными продуктами – с небольшим количеством жира, но высоким содержанием сахара, – значительно быстрее набирали вес, чем животные, питавшиеся сбалансированно. Кроме того, при употреблении одинакового количества калорий у тех особей, которые получали с пищей большое количество сахара, жир в теле накапливался в два раза быстрее.

Всего групп было три: сбалансированный рацион, питание с повышенным содержанием сахара и пониженным – жира, «диета» из продуктов с высоким содержанием сахара и жира. Животные из двух последних групп за 4 недели эксперимента показали существен-

ную прибавку в весе и количестве жира в теле, в том числе в области печени, что является фактором риска для развития неалкогольной жировой дистрофии печени.

Неправильное питание приводило также к повышению уровня воспаления в кишечниках и мозгах крыс, а кроме того, такие животные переставали чувствовать насыщение. Исследователи считают, что изменения, происходящие в мозгу в результате неправильного питания, могут быть достаточно серьёзными.

И пока нет информации о том, обратимы ли они, если едок «встанет на путь истинный» и начнёт питаться правильно.

Осторожно!

Свиной грипп на Индостане

В Индии растёт заболеваемость свинным гриппом. В этом году к середине июля число заразившихся вирусом H1N1 составило почти 12,5 тыс. человек, причём за весь прошлый год здесь заразились менее 2 тыс. человек.

В этом году вирус унёс жизни уже 600 человек. Почти половина смертей (284) приходится на штат Махараштра, где с начала года

заболели более 2,3 тыс. человек. Особенно тяжёлая ситуация сложилась в столице штата – Мумбаи, в 2016 г. было всего 3 случая заболевания, а в этом году более 800 человек заболели, 16 из них скончались.

В конце июня в Махараштре была развёрнута центральная группа быстрого реагирования для расследования растущей заболеваемости свинным гриппом и оказания необходимой помощи. Такие же группы

действуют в наиболее затронутых штатах. Врачи просят внимательно следить за людьми из групп риска – беременными женщинами, пожилыми людьми и страдающими хроническими заболеваниями.

Правительство заявило, что пока достаточно запасов препарата осельтамивира для борьбы с этой инфекцией, но если тенденция к росту заболеваемости сохранится, то потребуются дополнительные поставки этого препарата.

Бывает и такое

Жительница Италии Анатolia Вертаделла родила здорового ребёнка в возрасте 101 года. Это её 17-й ребёнок, он родился весом в 4 кг. Вертаделла сказала, что родила малыша, чтобы осуществить высший замысел. Она считает, что Бог наказал её, так как в 48 лет она заболела раком яичников, потребовалась пересадка органов. К этому времени у женщины уже было 16 детей.

Женщина победила болезнь и спустя почти полвека решила снова стать мамой. В качестве донора она выбрала 26-летнего католика. Процедура искусственного оплодотворения проходила в одной из частных клиник в Турции, поскольку в Евросоюзе действуют ограничения на процедуру.

Беременность протекала нормально, если принять во внимание преклонный возраст женщины. Она сказала, что сохраняет верность покойному мужу, который умер около 20 лет назад, но ребёнок был необходим для осуществления божественного замысла. Малыша она назвала Франческо.

Стоит отметить, что до этого самой пожилой мамой считалась жительница ЮАР, которая родила близнецов в возрасте 92 лет. Это произошло в 1931 г.

А в канадском городе Торонто был зафиксирован ещё более казуистический случай. Так, гробовщикам пришлось принять роды у покойницы, которую они уложили в гроб. Медики, которых вызвали шокированные сотрудники похоронного бюро, тоже были весьма удивлены происходящим.

Женщина, которая находилась на 7-м месяце беременности, попала в ДТП и получила серьёзные травмы. Несколько бригад медиков пытались спасти её, но в итоге констатировали смерть мамы и плода. Тело отправили в морг и стали готовить к похоронам.

В какой-то момент гробовщики услышали, что из гроба доносятся какие-то странные звуки. Они

«Родильный» парадокс



открыли крышку и увидели младенца. Девочка была очень слаба, но гробовщики тут же вызвали медиков. Малышку поместили в специальный бокс, где она провела 4 месяца. Сейчас она чувствует себя хорошо.

Как объяснить этот феномен, медики не знают. Они считают это чудом – малышка оставалась жизнеспособной в теле мёртвой матери без кислорода и питания почти сутки. При этом большую часть времени тело находилось в холодильнике в морге. Имя чудесной малышки медики не раскрывают.

В свою очередь, в штате Аризона (США) близнецы родились в разные годы. Сообщается, что близнецы Сойер и Эверетт появились на свет в новогоднюю ночь. Их мать, Холли Шэй, попала в больницу вечером 31 декабря минувшего года.

В 23:51 на свет появился Сойер, а его брат Эверетт родился примерно через 20 минут. Таким образом, мальчики родились с разницей менее получаса, но в разные годы. Как рассказал отец мальчиков Брендон, в семье предполагали, что такое может про-

изойти, но появление малышей на свет в разные годы всё равно стало шоком. Кроме того, аналогичные случаи были зарегистрированы ещё в двух родильных отделениях городов США – в Атланте и Сан-Диего.

Что характерно, учёные уже не первый год изучают космическое пространство в надежде найти планету, пригодную для жизни. Все мы понимаем – Земля не вечна, и когда-нибудь человечеству придётся покинуть её в поисках другого места обитания. Скорее всего, наш новый дом будет очень далеко и до сих пор было непонятно, смогут ли люди производить зачатие в космосе, в условиях невесомости. Сенсационное открытие японских учёных дало ответ на этот вопрос.

Специалистам удалось вырастить здоровых мышат из спермы, которая целый год хранилась на Международной космической станции в замороженном виде. Тем не менее, по словам учёной Саяки Вакаямы, для зачатия и развития здорового плода в космосе человечеству предстоит решить некоторые сложности.

«Если человечество начнёт жить в космосе, то нам понадобятся

технологии, позволяющие замораживать сперму и хранить её долгое время. Проблема заключается в том, что уровень радиации на МКС в 100 раз выше, чем на Земле. Мы показали, что, хотя излучение и повреждает ДНК сперматозоидов, оно не влияет на жизнеспособность и плодовитость потомства», – говорит С.Вакаяма.

Предыдущие опыты показали: ничто существенно не мешает размножению в космосе, но все исследования проводились на рыбах и насекомых, а не на млекопитающих. Не был известен и уровень жизнеспособности потомства, поскольку оценить его не позволяла техническая возможность – МКС не приспособлена для разведения множества животных. Японские учёные обошли эту проблему, отправив на станцию не живых грызунов, а их сперму.

Остальные опыты проводились уже на Земле. Главной задачей специалистов было понять, насколько различается потомство, зачатое в земных условиях, и потомство от «космической спермы». Выяснилось, что невесомость влияет на семя – оно больше подвержено мутации, но в итоге даёт такое же потомство, подверженное таким же заболеваниям, что и земное. Не различалось и количество и качество потомства следующего поколения.

В этой связи учёные сделали вывод, что долгое пребывание в космосе замороженных яйцеклеток и сперматозоидов не существенно скажется на продолжении человеческого рода вне Земли. По мнению специалистов, запасы биологического материала помо-

гут людям быстро восстановить популяцию в случае глобальных катастроф или экстренного покидания планеты.

Наряду с этим исследователи из NASA опубликовали итоги исследования состояния здоровья Скотта и Марка Келли, братьев-близнецов, которые согласились принять участие в исследовании. Скотт больше года провёл на борту МКС, а его брат Марк в это время жил в похожих условиях, но на Земле.

Специалисты взяли образцы ДНК у обоих братьев. Оказалось, что у Скотта на МКС начали удлиняться теломеры – особые соединения, которые отвечают за клеточное старение. С каждым делением клетки теломеры становятся короче, до тех пор пока она не умирает или переходит в стадию старости. После возвращения на Землю длина теломер Скотта снова стала сокращаться. Медики считают, что это связано с тем, что на станции он получал мало калорий, но при этом его рацион был здоровым и он много двигался. Но, возможно, есть и другие причины, которые повлияли на увеличение длины теломер в космосе.

Примечательно и то, что генетический анализ чётко продемонстрировал: однояйцевые близнецы Скотт и Марк всё же имеют различия. Было обнаружено различие в более чем 2 тыс. сигнальных РНК. Но, как полагают учёные, эти различия могли стать следствием мутаций, которым подвергся гено-тип Скотта во время длительного пребывания на космической станции. Врачи тщательно изучают состояние здоровья Скотта и Марка Келли, чтобы потом применить полученные данные для составления рекомендаций при длительном полёте в космос, например на Марс.

Подготовил Марк ВИНТЕР.
По материалам Daily Mail, The Independent, NDTV, news.uga.edu.

14 октября 2017 г. исполняется 115 лет со дня рождения учёного с мировым именем, одного из основоположников отечественной физиотерапии, профессора Болеслава Владимировича Лихтермана (1902 – 1967). Я попытаюсь восстановить личность отца в преломлении сына, обладающего наследственной профессией.

Облик

Папа всегда казался мне не-обыкновенным человеком, а когда я узнал об Иисусе Христе, то в моём детском восприятии отец слился с ним в одно лицо. Может быть, причиной было внешнее сходство, может быть, рассуждения и поступки, но скорее всё вместе. Папа давал много поводов, чтобы в голове любящего сына разыгрывалось воображение. Что-то библейское ощущалось в его облике. Об этом говорили и взрослые. Думаю, что печать благородства натуры, проступавшая и во внешности, была тому причиной.

Высокий лоб оттенял седеющие волосы, густые чёрные брови нависали над глубокими серыми глазами, излучавшими доброту и внимание, тонкий нос, упираясь в усы, гармонично вписывался в испещрённое ранними морщинами одухотворённое худое лицо, завершавшееся небольшой чёткой бородой. В изгибах и уголках губ гнездилась задумчиво-сдержанная улыбка.

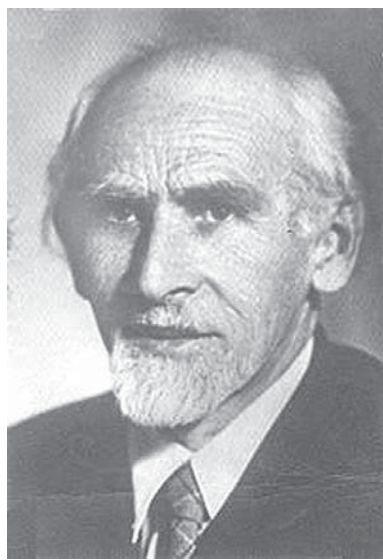
Моё описание достаточно точно, однако отец производил несравненно более сильное впечатление, которое вряд ли возможно словесно воссоздать.

Отец был блистательным оратором и лектором, всегда чувствовал аудиторию, умел возбудить в ней интерес и убеждать слушателей. Ему всегда внимали. Этому способствовали и тембр его голоса, и удивительная интонационная соразмерность каждого слова и каждой фразы. Его слово, сливавшееся с его обликом, слышалось и слушалось как убеждающее слово праведника, даже если говорил папа о самых простых вещах.

Вспоминается эпизод начала войны. У меня был доберман-пинчер с хорошей примесью дворняжки, мой любимец и мой защитник Амур. Когда в июне 1941 г. начались ночные бомбежки Севастополя, мы вместе с жителями дома бежали в бомбоубежище – старый подвал. Амур же садился на крыльцо перед нашей квартирой и, задрав морду, выл. Жуткий собачий вой. И соседям казалось, что немецкие лётчики услышат его – и потому сбрасывают бомбу именно на наш дом. Напуганные жильцы (их можно понять) потребовали, чтобы Амура уничтожили. Представьте 50-60 возбуждённых кричащих людей, и перед ними на крыльце (где ногами был Амур) стоит бледный папа. Его уважали – доктора Лихтермана, лечившего весь двор, – и слушали, не перебивая. Отец сумел убедить, что страхи беспочвенны. Амура оставили в покое.

Папа был невысоким и худым. Легко ходил, но больше сидел в кресле за огромным квадратным письменным столом, заваленным рукописями и книгами. Много работал в своей клинике и больницах города, а вечерами и, главное, ночами писал научные труды. Бдения сопровождалось бесконечным курением и крепким чаем. И всё вместе принесло ему ранние морщины, лысину, седину и язву желудка. Но даже болезненный оттенок лица лишь усиливал благородные черты.

Отец носил распространённую в 30-е годы толстовку, однако мне он больше запомнился в белом халате. В его клинику, располагавшуюся в большом трёхэтажном особняке на Площади III Интернационала рядом с Графской пристанью, меня приводила мама по дороге на крейсер «Червона



Имена и судьбы

Не изменял себе, помогал другим

Воспоминания о моём отце

Украина», где она преподавала английский. Отец шёл на обход, а мне давал для игры неврологический молоточек, и я, подражая папе, постукивал себя по коленкам, радуясь, если после удара нога подпрыгивала.

Меня воспитывали бабушка и мама, но воспитал папа. С раннего детства и самым естественным образом он возбудил во мне неосознаваемое желание походить на него, подражать ему, быть во всём таким, как он. Я видел и впитывал в себя его облик, манеры общения, его постоянное творческое напряжение и усердие, его отзывчивость, его ответственность. Ещё не понимая, я ощущал папино беспокойство и переживания за больных. Мне передавалось тепло и уважение к отцу, исходящие от жителей дома, сотрудников клиники, больных и просто знакомых.

Отец оказывал и оказывает на меня решающее влияние в моей теперь уже долгой жизни. По нему я оцениваю все свои поступки. Папа был и остаётся для меня эталоном благородства и справедливости, идеалом человека и учёного. Всё в нём вызывало и сейчас, когда я уже по годам стал старше его, продолжает вызывать у меня восхищение. Я счастлив, что хоть в чём-то похож на него и внешне, и в подходах к больным, и в своём неврологическом творчестве...

Страсть

Главной страстью отца являлись научные исследования. Оставаясь творчески преданным своему учителю А.Щербаку, профессор Б.Лихтерман развивал его идеи, оберегая наследие и имя основоположника физиотерапии от недостойных конъюнктурных нападков, и создал своё собственное научное направление в изучении естественных и преформированных физических факторов для физиолечения и физиопрофилактики. Ему, например, отечественная и мировая медицина обязаны экспериментальным изучением коротких волн и разработкой их широкого терапевтического применения.

Папа ко всем ученикам и сотрудникам, независимо от их таланта, относился одинаково заботливо. Пестовал, помогал, образовывал, давал темы диссертаций, предлагал корректные методики и концептуальные подходы к исследованиям, писал вместе или редактировал доклады и статьи. Но, может быть, в большей степени воздействовал своей личностью, преданностью своему институту, горением в науке и служением больным. Он создал

главное для учёного – свою научную школу на стыке неврологии с физиотерапией и курортологией.

Многие из его учеников и диссертантов стали затем известными учёными-профессорами: Р.Акулова, А.Гольдман, В.Ежова, Л.Куницына, А.Клименко, А.Лачкипиани, М.Майзелис, Ф.Меерсон, И.Черфус, А.Шатров и другие.

Чего это стоило отцу! Достоверно знаю, что профессора Б.Лихтермана лишили возможности выбирать себе учеников на вакантные места, даже в аспирантуру. Дирекция института без деловых оснований отвергала кандидатуры, поддерживаемые заведующим клиникой, и навязывала другие. Отец был выше обид,

им в военные годы туберкулёза?! Я ещё по-настоящему не понимал, что высокая температура была для него своеобразным допингом, на какой-то срок давая энергию для работы. Вне температуры у отца не было никаких сил. Болезнь жёстко отсекала многое, из чего естественно складывается жизнь человека, но суженный ею жизненный простор был до предела заполнен главным – научными исканиями. Всё подчинялось, всё служило доминанте творчества – даже сама смертельная болезнь. И, быть может, нет ничего парадоксального в том, что пик научной продуктивности отца пришёлся на годы тяжёлого заболевания.

В своих исследованиях в Ялте отец вместе со своими учениками

женщина, решившая, что у неё неизлечимый рак молочной железы, и в депрессии близкая к суициду, вышла от него окрылённой и улыбающейся.

Если выяснялось, что в основе болезни лежит органика – рассеянный склероз, сирингомиелия, последствия энцефалита или черепно-мозговой травмы, – отец, оставаясь психотерапевтом (любой врач, независимо от специальности, обязан всегда им быть), нацеливал на продолжительное лечение, в которое обоснованно включал физические факторы.

Именно больные хроническими заболеваниями часто становились друзьями нашей семьи. Испытав врачебное воздействие отца, они уже тяготели только к нему,

и сотрудниками предложил методу и научно обосновал эффективность санаторно-курортного лечения таких массовых патологий, как начальный церебральный атеросклероз и астенические состояния.

Доктор

Ещё школьником я видел, какими приходят и какими уходят от него пациенты. Во время своих летних наездов я иногда помогал отцу в приёме больных. Он доверял мне исследовать неврологический статус, что по причине постельного положения ему было недоступно. Эта возможность присутствия «от и до» оказалась весьма значимой в моём врачебном становлении, манере общения с больными, практическом и философском подходе к проблеме «врач – больной». Сейчас обсуждается, что правильнее и продуктивнее: патернализм или партнёрство во взаимоотношениях доктора и пациента? Приёмы отца, хотя минуло уже много десятилетий, содержат убедительные ответы на этот современный вопрос: совмещение обоих подходов, всегда выбирая то, что лучше для данного пациента.

У отца вырабатывались общие принципы обследования больного, которых он неизменно придерживался. Прежде всего – неторопливая и тактичная беседа с пациентом, когда он вникал и в его личность, и в его болезнь. Чувствуя внимание и неподдельную заинтересованность доктора, больной проникался доверием и полностью раскрывался в своём анамнезе, жалобах, сомнениях, и тогда уточнялись пути индивидуального лечебного воздействия.

Если в ходе обследования становилось очевидным доминирование психогенных факторов и обусловленных ими функциональных расстройств, отец включал всю мощь своего психотерапевтического естества и искусства. И лицо, и личность профессора, и проникновенный глубокий голос, объяснявший суть болезни и её прогноз, успешно делали лечебное дело. Отец умело сочетал внушение и логику, смещая акценты в ту или другую сторону, в зависимости от характерологических особенностей пациента.

Больные уходили сияющими, преобразёнными, а порой и полностью излеченными. На моих глазах, подобно апостолу Павлу (вспомните картину XVI века Бернардо Строчици «Апостол Павел исцеляет паралитика»), отец вернул силу и движения левым конечностям пациента со стойким истерическим параличом. В другой раз я был свидетелем, как немолодая интеллигентная

становясь младшими партнёрами по преодолению болезни. И отношения «врач-больной» постепенно перерастали в отношения друзей с трогательной взаимной заботой, переходившей и на их детей.

Под влиянием отца я в конечном итоге поступил в мединститут и выбрал своей специальностью его специальность – неврологию.

Я мечтал работать вместе с папой. Мне казалось таким естественным – отец выучивает сына, сын продолжает дело отца. Но не случилось, вернее – не дали. Я встал на ноги сам и достаточно полно реализовал себя как профессионал, правда, в ином разделе неврологии – нейрохирургическом.

В 64 года на фоне хронического туберкулёзного процесса у папы развился острый лейкоз, и он быстро сгорел.

Память

Отца хоронил весь город. В необычный для Ялты морозный день его несли на руках вдоль моря по набережной. Носились чайки, белые барашки волн гулко разбивались о берег и взлетали к небу...

Я не расстался с отцом, его образ настолько светел, что, грустя о нём безмерно, как-то чувствуешь себя и счастливым, что много лет ты облагораживался у этого родного источника чистоты, добра, ума, знаний...

...В одной из последних бесед я спросил папу, доволен ли он прожитой жизнью. Ответ был прост и краток: «Да. Я не изменял себе, помогал другим и что-то успел сделать». Не в этом ли счастье, когда можно подвести такие итоги? Впрочем, судить о том, счастлив ли был человек, нам не дано, ибо это сугубо личное мироощущение...

В честь 90-летия учёного на здании руководимой им неврологической клиники была торжественно открыта мемориальная доска «В Институте им. И.М.Сеченова с 1929 по 1967 г. работал Лихтерман Болеслав Владимирович, профессор, основоположник отечественной физиотерапии».

А в 2002 г. в честь столетия Болеслава Владимировича Лихтермана в Ялте прошла международная конференция, посвящённая проблемам физиодиагностики, физиотерапии, физиохирургии, физиореабилитации и физио-профилактики в современной неврологии и нейрохирургии.

Леонид ЛИХТЕРМАН,
профессор,
заслуженный деятель науки РФ,
лауреат Государственной
Премии России.

**Национальный научно-практический
центр нейрохирургии
им. Н.Н.Бурденко.**

– Руслан Альбертович, по вашим воспоминаниям, вас всё время тянуло ко всему военному, вы много читали о войне, об армии, о флоте. Живым примером был родственник, боевой офицер-фронтовик Пётр Петрович Воробьёв, знали о его подвигах, отец ваш – танкист, стремившийся ещё несовершеннолетним попасть на фронт. А вы выбрали медицину...

– Да, даже стремился в Военно-медицинскую академию в Ленинграде. Но медицина, спражающаяся за здоровье людей, пересилила.

– Возвращаясь к годам детства и юности, что особенно отложилось в памяти?

– О Монголии, куда отца перевели на строительство дороги Москва – Пекин, знаю по рассказам мамы. Помню, что там была какая-то серьёзная инфекция, мы все сидели взаперти в масках, а мимо шли закрытые санитарные машины... Через много лет, когда я заведовал на уральском севере детским отделением, ко мне привозили из зон и поселений тяжелобольных детей. Все были бледными, с дефицитом веса, со всевозможными высыпаниями. Такая вот неслладкая жизнь была у тех и других, чего достаточно хлебнула и моя семья.

– От родителей вы, наверное, много почерпнули для жизни?

– Мне всегда нравился отец за свою непоседливость, он просто фонтанировал идеями, но только став взрослым и успев сам попасть в ряд передраг, я понял, что его вечная неуспокоенность передавалась и мне, но с рационализмом моей мамы.

Я могу гордиться своим отцом. Вы помните по «Поднятой целине» Шолохова, как большевиков направляли на помощь в отстающие колхозы? Среди двадцатипятилетиячичников (так их называли) был и мой отец. В трудовой книжке так и записано: «Откомандирован 12 апреля 1955 г. для постоянной работы председателем колхоза «Звезда» Удмуртской АССР. Основание – Постановление ЦК КПСС».

Есть ещё один поступок отца, который, наверное, тоже повлиял на меня, в данном случае – на получение высшего образования. В 1965 г., когда на семейном совете обсуждался вопрос о моём обучении на подготовительных курсах в медицинском институте, он вдруг объявил нам, что всю жизнь хотел учиться, что война, а затем служба в армии, да и семья не позволили ему это сделать и что теперь, когда все уже подросли, он просит отпустить его в юридический институт на вечерний факультет (о чём уже договорился с руководством цеха и в парткоме завода). Отец тогда работал на Уралмаше. И он это сделал, став впоследствии юристом.

– О студенческих годах не будем говорить, думаю, что при вашем неутомимом характере они были очень насыщенными интересными событиями. Это и встреча в Свердловском театре юного зрителя с Олегом Табаковым, и участие в художественной самодеятельности, и игра в театре СТЭМ, и поездки на настоящую целину в Казахстан и на картошку в Краснофимский район, где вы познакомились со своей будущей женой Мариной, и дежурства в больнице... Но вот я заметила, что в вашей речи постоянно звучит объединяющее слово «мы». «Мы сделали», «Мы должны продвигаться вперёд». Кто они, ваши коллеги, с кото-



Профессора Руслана Хальфина сегодня почитают как известного врача и организатора здравоохранения на Урале. Именно здесь он прошёл профессиональную школу после окончания Уральской государственной медицинской академии. Переломные моменты жизни Руслан Альбертович отобразил в автобиографической книге, вышедшей в 2011 г. А недавно его дом был полон гостей, и хозяина поздравляли с 70-летним юбилеем. Сейчас он, директор Высшей школы управления здравоохранением Первого МГМУ им. И.М.Сеченова, продолжает оставаться в гуще медицинских событий.

Желаю читателям «Медицинской газеты»
не дозвлять, а для этого – заботиться о своём
и своих близких здоровье, профилактировать
болезни и читать эту профессиональную
газету!
Хальфин Руслан Альбертович 28.08.2017.

Профессор Руслан ХАЛЬФИН:

Пришло время грамотных управленцев, которые способны справиться с задачами любой сложности

рыми вы вершили нужные для развития российского здравоохранения дела?

– Это творческие личности, находящиеся в состоянии поиска, непрерывного профессионального роста. Мне посчастливилось общаться, в том числе и близко, со многими известными специалистами и учёными в своей области медицины. Помню и настоящих профессионалов, но без званий, с которыми работал рука об руку в любом лечебном учреждении, куда меня направляли. И всегда была поддержка моей жены Марины, тоже врача, выпускницы Уральской меакадемии.

Конечно же, наши дороги пересеклись с легендой здравоохранения Рудольфом Галкиным из Самары, с Владимиром Стародубовым, Татьяной Голиковой и Татьяной Дмитриевой, многими другими, ставшими светилами в медицине.

В своё время встретился на коллегии Минздрава России с замечательной женщиной – про-

фессором Юлией Михайловой, консультировавшей меня впоследствии по кандидатской и докторской диссертациям (кстати, мы с ней земляки).

– **Согласитесь, Руслан Альбертович, главный врач больницы – это значимая и ответственная должность. Но вы поднялись по служебной ступеньке выше. Чем для вас стал этот период биографии?**

– Первая должность вне больницы – первый заместитель начальника Главного управления здравоохранения области. Предложено было заняться внедрением ОМС в регионе. Отправился на учёбу в Германию.

Внедрение ОМС в области проходило, как и везде, с трудом. Помню, как мы получили резолюцию о том, что детские учреждения решили остаться на бюджете. Главный врач одной из детских больниц Каменска-Уральского дал телеграмму Президенту РФ с просьбой спасти педиатрию от «страховой меди-

цины». Но потом всё наладилось, и обновлённая больница неплохо заработала в новой системе.

Обо всём, конечно, не расскажешь – и как создавался территориальный фонд ОМС, и какие были трудности, и какая была «шлифовка» между исполнителями системы, но она прижилась и стала работать, хотя и требовала, как говорят строители, доводки.

К тому времени меня назначили директором Департамента здравоохранения правительства Свердловской области. И мы продолжали работать всё той же дружной командой. Внедрение системы ОМС в тот период, проведение лицензирования и аккредитации медицинских учреждений с применением региональных отраслевых стандартов позволили провести ревизию существующей системы здравоохранения и наметить пути её поэтапного реформирования. Мы при поддержке правительства и Законодательного собрания выделили целое направление по

реформированию законопроектов в сфере здравоохранения. По ряду действующих законов были лидерами в России.

Но есть и сегодня сдерживающие причины эффективного развития ОМС...

– **В любом случае вам интересно было работать, и, по признанию коллег, вы считались лучшим специалистом в области организации и управления здравоохранением. А чем запомнилась вам работа в министерстве, в Департаменте развития и экономики здравоохранения?**

– Сразу скажу, что это был интересный, перспективный и системообразующий департамент. Ему отдали экономический блок, юристов, отдел реформ, стратегическое развитие, кадровую и региональную политику, ОМС, статистику и информатику. Основная часть задач и целей министерства адресовались в этот департамент – здесь они рождались, здесь они и реализовались.

Да многое можно вспомнить, это было боевое крещение...

– **И, конечно, от профессора Хальфина хотелось бы услышать, куда идёт медицина.**

– Самое главное – пришло время грамотных управленцев, которые способны справиться с задачами любой сложности.

– **Пусть оптимизм и удача помогут всем медикам не утратить достигнутых позиций, а вам хочется пожелать такой же неиссякаемой энергии для новых созиданий!**

Беседу вела
Галина ПАПЫРИНА,
редактор отдела региональной
политики «МГ».

Москва.

ИЗ ДОСЬЕ «МГ». Профессор Р.Хальфин прошёл путь от участкового педиатра до руководителя здравоохранения Свердловской области, длительное время работал в центральном аппарате Минздрава и Минздравсоцразвития Российской Федерации, был заместителем министра при трёх министрах. Активно занимался реформированием здравоохранения, внёс значительный вклад в разработку основных направлений реализации экономических механизмов управления отраслью, в том числе системы перехода на государственный заказ в здравоохранении на основе стандартов медицинской помощи. Р.Хальфин является одним из разработчиков и реализаторов Национального проекта «Здоровье».

С 2003 г. Руслан Альбертович заведует кафедрой организации здравоохранения, медицинской статистики и информатики Первого МГМУ им. И.М.Сеченова, с 2014 г. по настоящее время

возглавляет Высшую школу управления здравоохранением Института лидерства и управления здравоохранением Первого МГМУ им. И.М.Сеченова – ведущий научно-образовательный центр подготовки управленческих кадров для здравоохранения.

Под его руководством разработана и успешно реализуется образовательная программа высшего образования – магистратура по направлению «общественное здравоохранение», внедрены современные программы дополнительного профессионального образования, создана новая программа подготовки ординаторов, развивается международная научно-образовательная субрегиональная площадка подготовки управленческих кадров для стран Центральной Азии и Восточной Европы. Функционирует Сотрудничающий центр ВОЗ по подготовке и обучению специалистов, формирующих политику здравоохранения в области профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями.

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

Дежурный член редколлегии – Т.КОЗЛОВ.

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 № 17-08-00284 Тираж 23 852 экз. Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.

Корреспондентская сеть «МГ»:

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

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

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