

Медицинская

16 сентября 2016 г.
пятница
№ 70 (7690)

газета®

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

События

Донорское движение со своим штабом

Он открылся на берегу Невы



У организаторов и участников донорского движения Санкт-Петербурга отныне имеется свободное пространство для разностороннего общения. В центре Северной столицы, на улице Марата, открылся городской донорский штаб.

В двух больших комнатах старинного здания обустроили гостиную для творческих встреч представителей донорских ячеек с известными персонами и рабочую зону, где планируется проводить интерактивные уроки и лекции на тему дарения крови, костного мозга, организовывать мастер-классы активистов наиболее

На выставке-презентации программ доноров

«продвинутых» сообществ безвозмездных жертвователей.

На берегах Невы реализуется более 100 благотворительных программ в год. Их выставка-презентация, а также знакомство с дружественными социальными и общественными организациями состоялись во время открытия городского донорского штаба. Мероприятие, в котором приняли участие председатель Комитета по социальной политике администрации Санкт-Петербурга Александр Ржаненков, председатель Комитета по молодёжной политике и взаимодействию с общественными

организациями Рената Абдулина, специалисты регионального органа здравоохранения, завершилось совместным чаепитием.

Общественники и чиновники пришли к единому мнению: городской донорский штаб должен стремиться стать мощным организационным ядром донорского движения не только в Санкт-Петербурге, но и на всём Северо-Западе России.

Владимир КЛЫШНИКОВ,
соб. корр. «МГ».

Санкт-Петербург.

Фото Никиты ЛУШНИКОВА.



Игорь УШАКОВ,
президент Диагностической
медицинской ассоциации (ДиаМА):

Четверть века успешно справляется со стоящими перед ним задачами коллектив Воронежского областного клинического консультативно-диагностического центра.

Стр. 6

Константин ЗОРИН,
доцент кафедры общей психологии
МГМСУ им. А.И.Евдокимова,
кандидат медицинских наук:

Если женщина детально информирована о последствиях своей болезни, но твёрдо решила оставить ребёнка, никто не имеет права принуждать её к аборту.

Стр. 10



Роза ЯГУДИНА,
заведующая кафедрой организации
лекарственного обеспечения
и фармакоэкономики Первого МГМУ
им. И.М.Сеченова, профессор:

Если мы заинтересованы в том, чтобы наше население жило долго и более качественно, мы должны обязательно инвестировать в эффективную лекарственную терапию.

Стр. 12

Начало

Авторитет будет приумножен

Первые десятки операций сделаны в Смоленском отделении Калужского филиала МНТК «Микрохирургия глаза» им. С.Н.Фёдорова. Клиника открылась в реконструированном калужанами помещении бывшего городского травмпункта по улице Чаплина, 3. Отделение оснащено современной аппаратурой, позволяющей одновременно проводить комплекс диагностических, аналитических и хирургических действий с их контролем на большом экране операционного зала. Пройдя апробацию в Москве в головной клинике МНТК, она получила «добро» на эксплуатацию в России и дебютирует в Смоленске.

Говорит директор филиала, доктор медицинских наук, заслуженный врач РФ Александр Терещенко.

– Опыт открытия своих отделений в Орле и Обнинске, планирование и организация их работы, приобретение самой современной аппаратуры помогли нам создать в Смоленске эффективный форпост МНТК со всем комплексом, какой имеется и в столице, и в Калуге. Теперь и у нас применяются лазерные технологии, которые гарантируют пациенту хороший результат и кардинально сокращают сроки реабилитационного периода.

Калужане делегировали в Смоленск возглавить новое отделение опытного врача-офтальмолога Марину Воробьёву, которая по-

сле окончания Смоленской медицинской академии в течение 15 лет трудилась в филиале МНТК, стала в нём одним из ведущих специалистов. Теперь – назначение на ответственную работу в родной город. М.Воробьёва уверена, что авторитет калужских офтальмологов, которые 28 лет работали на Смоленщине вахтовым методом, будет приумножен. Тем более, что состав отделения на треть укомплектован специалистами высокого класса, практиковавшими в Калуге.

Владимир КОРОЛЁВ,
соб. корр. «МГ».

Смоленск.

Накануне

Без родителей, но с правом на жизнь

В детской клинической больнице № 2 Приморского края закончено строительство палаты интенсивной терапии, которая откроется до конца 2016 г. Именно здесь будут получать всю необходимую медицинскую помощь малыши до 4 лет, оказавшиеся без попечения родителей, имеющие тяжёлые хронические заболевания, врождённые пороки развития.

В этой больнице Владивостока никогда не было своей реанимации, и маленьких пациентов возили в другие медицинские учреждения города.

Но в этом году появилась надежда. Она обрела своё воплощение после того, как в марте во Владивостоке был проведён благотворительный вечер «Право на жизнь» в пользу малышей-отказников. Тогда благодаря прямым пожертвованиям, аукциону и благотворительной ярмарке собрали порядка 4 млн руб. Все эти деньги были направлены на создание реанимационного блока детской больницы.

Палату интенсивной терапии постепенно оснащают медицинским оборудованием. Уже сейчас здесь установлены система подачи кислорода и мониторы показателей

жизнедеятельности. После прохождения процедуры лицензирования она откроет двери для своих пациентов – не только отказников, но и детей со всего региона, проходящих лечение в КДКБ № 2. По словам Инны Зеленковой, главного врача больницы, проведена очень мощная система вентиляции, подведён кислород, все работы проводились в соответствии с санитарными нормами и правилами.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Владивосток.

Новости

Стентирование в районной больнице

В Бобровской районной больнице впервые сразу двум пациентам были сделаны операции коронарной баллонной ангиопластики и стентирования. Раньше подобное малоинвазивное вмешательство путём пунктирования бедренной артерии и проведения к коронарным артериям специального инструментария было доступно только в трёх больницах областного центра.

В Боброве операцию проводил рентгенохирург районной больницы А.Пунич под руководством заведующего отделением рентгеноэндоваскулярных методов диагностики и лечения ВОКБ № 1 П.В.Сарычева. Операции прошли без осложнений, оба пациента выписаны из стационара с последующими рекомендациями по реабилитации. В адрес больницы и врачей от семей пациентов пришло благодарственное письмо: «Спасибо огромное, что спасли наших мужчин! Не каждый человек из отдалённых районов области может позволить себе отправиться на операцию в Воронеж, а члены семьи из-за финансовых трудностей не могут часто навещать прооперированных близких. Делать такие сложные операции в соседнем районе – это великое дело».

Оксана КОЗЛОВА.

Воронежская область.

Скорая помощь преобразуется

В Лиманской районной больнице Астраханской области завершаются ремонтные работы и благоустройство здания и помещений, куда вот-вот переедет отделение скорой помощи. В бывшем корпусе «скорой» будут располагаться палаты сестринского ухода и дневного стационара терапевтического профиля.

В этом году с помощью социальных партнёров в Лиманскую районную больницу было поставлено современное медицинское оборудование для лабораторной диагностики, кабинета офтальмолога и закуплена мебель для нового отделения скорой медицинской помощи.

– Мы стараемся создать максимально комфортные условия для наших пациентов, – сказал главный врач Лиманской больницы Анатолий Коннов. – Постараемся быстро закончить ремонт. Но помимо этого мы активно занимаемся укомплектованностью кадров. С сентября в больнице приступили к работе новые врачи: эпидемиолог, офтальмолог, дерматолог. Также нам удалось полностью укомплектовать ФАП в селе Воскресеновка.

Анна ЛЮБЕЗНОВА.

Астраханская область.

Название центру дадут жители края

В Алтайском крае завершается строительство нового перинатально-го центра. Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности региона объявило конкурс на лучшее название для этого учреждения. Лучший вариант выберет конкурсная комиссия путём открытого голосования. А к концу года новый перинатальный центр примет первых пациентов.

– Рождение ребёнка – великое событие в нашей жизни, – говорит главный врач перинатального центра Ирина Молчанова. – Хочется придать этому событию торжественность и должную значимость. И население к этому тоже стремится. Люди хотят дать красивое и привлекательное имя дому, где рождаются дети. Значит, мы должны пойти им навстречу.

Елена ЛЬВОВА.

Барнаул.

Столица против инсультов и инфарктов

В столице стали открываться кабинеты вторичной профилактики инфарктов и инсультов. Об этом сообщила главный кардиолог Департамента здравоохранения Москвы профессор Елена Васильева. По её словам, такие кабинеты уже работают в тестовом режиме в нескольких столичных поликлиниках.

«Уже к февралю будущего года кабинет вторичной профилактики будет работать в центральной поликлинике каждого округа столицы, – отметила Е.Васильева. – В них будут заняты самые квалифицированные кардиологи из 46 столичных амбулаторных центров. Кабинеты оснастят современным оборудованием для диагностики».

Е.Васильева также указала на то, что в Москве вслед за инфарктной сетью создаётся инсультная сеть. «Запустить её мы планируем до конца года. Пострадавших от инсульта пациентов будут максимально оперативно отвозить в клиники, где им проведут необходимые операции. Всего Департамент здравоохранения на данном этапе выбрал 8 центров. Их отбирали из клиник, которые уже участвуют в инфарктной сети», – подчеркнула она.

К сказанному главный столичный кардиолог добавила, что терапевтам крайне необходимо выявлять и вовремя начинать лечение нарушений ритма сердца, в особенности – мерцательной аритмии. Данная патология, со слов эксперта, часто недооценивается как пациентами, так и врачами, в то время как именно это заболевание в значительной степени способствует образованию тромбов в полостях сердца, которые, попадая в артериальный кровоток, вызывают ишемию того или иного органа – в том числе инфаркты мозга и миокарда.

«Я настоятельно рекомендую столичным жителям пройти медицинское обследование. Состояние своей сердечно-сосудистой системы москвичи могут оценить в городских поликлиниках – у терапевтов и кардиологов», – резюмировала Е.Васильева.

Марк ВИНТЕР.

Москва.

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

Кагры

Медицинская сестра — фигура уважаемая

Это стало очевидным в Омском областном медицинском колледже



Выпускники колледжа без работы не останутся

В этом году в Омский областной медицинский колледж поступили 518 вчерашних абитуриентов.

Самый большой конкурс, вспоминают в приёмной комиссии, был на отделение «Сестринское дело» – 3,6 человека на место. Принято 125. На отделение «Лечебное дело» зачислено 75 юношей и девушек, на «Акушерское дело» – 50. Здесь на каждое бюджетное место претендовали 2,7 человека. В филиал колледжа, что в городке

Тара на севере Прииртышья, поменьше – 1,9 человека. Студентами стали 61 абитуриент. Почти 60% заявлений на поступление в колледж было подано выпускниками сельских школ.

Особенность нынешнего набора учащихся в Омский областной медицинский колледж на специальность «Сестринское дело» очно-заочной формы обучения – большое количество заявлений от девчат и парней, уже имеющих стаж работы в лечебно-профилактических учреждениях. А это

означает, что учиться на первых помощников врачей они пришли осознанно. И после окончания этого среднего специального учебного заведения без работы не останутся.

По итогам, например, прошлого года больше всего выпускников трудоустроилось на станцию скорой медицинской помощи, в областную клинику, Клинический медико-хирургический центр и Медико-санитарную часть № 9. Выпускников Тарского филиала ждут в ЦРБ, участковых больницах и фельдшерско-аку-

шерских пунктах. Причём не просто ждут, а гарантируют очень приличные единовременные и ежемесячные выплаты, в зависимости от места работы и занимаемой должности. На эти цели из средств областного бюджета в 2016 г. был выделен 41 млн руб. Многие продолжают учиться, поступив в Омский государственный медицинский университет.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

Тенденции

Не стоять на месте

Приморский региональный сосудистый центр, созданный на базе Приморской краевой клинической больницы № 1, получил высокую оценку в ходе визита вице-премьера Ольги Голодец и министра здравоохранения Вероники Скворцовой. Его назвали лучшим в России. По словам главы Минздрава России, в краевом региональном сосудистом центре самый низкий в стране показатель летальности при остром коронарном синдроме. В прошлом году он составлял 2,8%. В этом году показатели будут также неплохими.

Заведующий отделением реанимации и интенсивной терапии регионального сосудистого центра ПМКБ № 1 Евгений Кокарев убеждён, что процент летальности при этом виде заболевания можно снизить. Планами о том, какие для этого необходимо предпринять шаги, он поделился с высокими гостями.

Одним из важнейших и приоритетных направлений для снижения летальности является маршрутизация пациентов. Она позволяет обеспечить их быструю доставку из других населённых пунктов края. Чем быстрее пациент попадает в руки специалистов сосудистого центра, тем больше шансов его вылечить, обеспечить ему более высокое качество жизни и вернуть работоспособность.

– Случается, что больных нам до-

ставляют вертолётном, – рассказал гостям заведующий отделением. – Однако гораздо чаще везут автомобилем. Порой на такую доставку уходит 4 часа, когда счёт идёт на минуты. Ещё бывает обидно, когда наши сотрудники вкладывают огромные усилия в лечение больного, а потом из-за мелочей он не может быстро восстановиться.

Евгений Кокарев также считает необходимым и важным налаживать взаимодействие с сотрудниками поликлиник, которые занимаются восстановительной терапией выписанных из сосудистого центра больных. От их работы зависит, насколько быстро пациент сможет вернуться к полноценной жизни и её прежнему качеству.

– Есть проблемы, которые нам необходимо решить, чтобы сделать помощь тяжёлым больным ещё эффективнее, – отметил в ходе встречи Евгений Анатольевич. – Основной процент летальности приходится на пациентов, которые поступают к нам в отделение с кардиогенным шоком. Сердце просто не справляется с нагрузкой, и даже срочная операция порой не даёт результатов. Кстати, у нас в этом году одному из пациентов с острым инфарктом миокарда впервые в Дальневосточном федеральном округе провели процедуру экстракорпоральной мембранной оксигенации, которая длилась 12 дней. В это время специальный аппарат помогал сердцу больного перегонять кровь. Применив

данную методику, нам удалось восстановить кровотоки в сердце тяжелобольному пациенту и спасти ему жизнь. Без этой технологии он был бы обречён, прогнозируемая летальность в данном случае составляет 100%. У нас всё закончилось благополучно, пациент был выписан из стационара.

Как подчёркивает специалист, эту методику необходимо тиражировать – её использование поможет значительно снизить процент летальных исходов. Фактически данный аппарат заменяет функцию сердца, давая ему возможность отдохнуть и восстановиться. А за сухими цифрами статистики всегда стоят конкретные человеческие жизни. Жизни чьих-то родных и близких людей.

Напомним, в региональном сосудистом центре оказывают высокоспециализированную кардиологическую помощь – рева-скуляризацию миокарда методом транслюминальной баллонной ангиопластики. И ресурс центра на сегодняшний день ещё не исчерпан. По современным расчётам, потребность в ангиопластиках при лечении острого инфаркта миокарда должна в идеале составлять 70% от всего количества инфарктов на территории. По статистике, в Приморском крае ежегодно случается около 2 тыс. инфарктов.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Владивосток.

Из первых уст

Создать здоровое производство

Министр здравоохранения Российской Федерации Вероника Скворцова, побывав с рабочим визитом в Чите, выступила на совещании по вопросам охраны труда и трудовых отношений. Она, прежде всего, обратила внимание на то, что тема создания благоприятных условий для достойного труда и здоровья работника существенно шире темы безопасности труда. Более 72 млн работающих только до пенсионного возраста во многом определяют демографическую картину и в целом социальное благополучие в стране. В прошлом году удалось через снижение смертности именно в группе работающих, прежде всего мужчин, значительно увеличить продолжительность жизни в стране. Больше чем на полгода – за один год. И такая же тенденция наблюдается сейчас. За полгода сократилось количество смертей на 12 тыс. среди работающих и на 0,7 уже увеличилась продолжительность жизни. Сейчас она составляет фактически 72,1.

Между тем, до сих пор у работающих мужчин продолжительность жизни существенно ниже, чем у женщин, а заболеваемость по многим болезням превышает их в разы у женщин – прежде всего это алкоголь-ассоциированные заболевания. Существуют две группы факторов, которые реально влияют на состояние здоровья работающих. Прежде всего, это избыточное потребление алкоголя, табакокурение, низкая физическая активность, неправильное питание. У 80% работающих хотя бы один из этих факторов риска присутствует, и вклад их в смертность – более 50%. Что касается неблагоприятных факторов, связанных с условиями труда, – их вклад менее 10%.

Для того чтобы работающие люди в нашей стране были более здоровыми, необходимо, конечно, формировать здоровый образ жизни на рабочем месте. По словам министра, межведомственная рабочая группа при Правительственной комиссии по мотивированию

и граждан, и работодателей к сохранению и укреплению здоровья на рабочих местах была создана недавно именно с этой целью. Её возглавила заместитель председателя Правительства РФ Ольга Голодец. Уже сейчас определённые, важные направления прорабатываются, такие как достижение договорённостей с профсоюзами и общероссийскими объединениями по вопросам оказания содействия диспансеризации, вакцинации, обеспечения здорового питания на производстве, права на свободную от табака среду, предоставления возможностей для физической активности. Изучается и распространяется лучший корпоративный опыт.

Очень важно проработать механизмы, стимулирующие работодателя к заботе о здоровье трудящихся. Он должен понимать, что это долгосрочная инвестиция в трудовые ресурсы с очень высокой экономической отдачей. Так, по данным Международной ассоциации социального обеспечения, ко-

эффициент возврата средств от такой деятельности превышает в среднем 2,2. И второй момент. Эта проблема уже касается борьбы с профессиональными заболеваниями. За последние 3 года фактически создана система оказания медицинской помощи при профессиональных патологиях и составлен порядок оказания помощи, экспертизы профессиональной пригодности, создана система организационно-методического и информационного сопровождения профпатологической помощи. Это позволило за 4 года снизить количество профессиональных заболеваний на 17%, это касалось более 1,5 тыс. человек.

В настоящее время Минздрав и Минтруда России подготовили проект совместного приказа по утверждению перечня вредных и опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры. Как только он будет принят, так тут же выйдет уже разработанный приказ Минздрава России о порядке проведения предварительных и периодических осмотров. Важное направление – разработка и внедрение системы оценки управления рисками возникновения профзаболеваний. А одно из предложений министерства – рассмотреть вопрос о финансировании медицинской помощи по профилю «профпатология» за счёт средств Фонда социального страхования.

Павел АЛЕКСЕЕВ.

МИА Сито!

Москва.

Санитарная зона

Прививка после тайфуна

В Приморском крае полным ходом идёт прививочная кампания против гриппа. Бесплатно получить иммунитет от одного из самых распространённых вирусных заболеваний в этом году смогут более 510 тыс. приморцев.

Как сообщила заместитель директора Департамента здравоохранения приморского края Тамара Курченко, с 1 сентября в крае привито уже 18,5 тыс. взрослого населения, а также почти 2,5 тыс. детей. В том числе около 4 тыс. человек – это приморцы из территорий, подвергшихся паводку.

«Как показывает практика предыдущих лет, пик эпидемии приходится на январь, поэтому крайний срок вакцинации – ноябрь-декабрь. При этом необходимо помнить, что активно циркулировать вирус гриппа начинает уже в осенний период», – отметила Т.Курченко.

Она также подчеркнула, что особое внимание сегодня власти и врачи уделяют приморцам, находящимся в зоне подтопления.

«Сегодня в крае работают 72 усиленные медико-санитарные бригады. Они направлены в Ольгинский, Лазовский и Кавалеровский районы края. В их составе терапевт, хирург, кардиолог и

эпидемиолог. К ним присоединились две прививочные бригады ФМБА России, которые выехали в Чугуевский муниципальный район на двух автомобилях высокой проходимости», – сообщила заместитель директора департамента. Напомним, что в Приморье для жителей, пострадавших от тайфуна «Лайонрок», поступило 16 тыс. доз иммунобиологической вакцины. Идёт вакцинация населения против гепатита А, брюшного тифа, дизентерии.

«В связи со сложившейся чрезвычайной ситуацией, вызванной прохождением тайфуна «Лай-

онрок», Департаментом здравоохранения Приморского края проанализирована ситуация, взятые на контроль пациенты из пострадавших районов, которые в ближайшее время должны выехать на лечение в федеральные медицинские организации для получения высокотехнологичной медицинской помощи», – заверили в ведомстве.

Жители Приморья могут получить прививку против гриппа в своих районных поликлиниках.

Николай ИГНАТОВ.

Приморский край.

Кстати

Как сообщил «МГ» директор Департамента общественного здоровья и коммуникаций Минздрава России Олег Салагай, жителям пострадавших от подтопления районов Приморья продолжает оказываться вся необходимая медицинская помощь.

Сегодня здесь основное направление работы медиков – профилактика инфекционных заболеваний, активное выявление рисков здоровью и недопущение осложнения хронических заболеваний. К настоящему моменту медиками провакцинированы более 35 тыс. человек. Во Владивостоке приземлился второй спецборт, которой по поручению министра здравоохранения РФ Вероники Скворцовой доставил дополнительные вакцины для проведения иммунопрофилактики населения.

Продолжают проводиться подворовые профилактические обходы специально созданными для этого медицинскими бригадами.

Соб. инф.

Перспективы

От государственного к частному и наоборот

Московский городской фонд обязательного медицинского страхования получил 448 уведомлений об участии в системе ОМС Москвы в 2017 г. Среди них 153 частные медицинские организации, говорится в официальном сообщении столичного фонда. В 2017 г. выразили желание работать с системой ОМС больше частных клиник, чем прежде: заявки на нынешний год подавали 115 частных медорганизаций, на прошлый – 76, на позапрошлый – 77.

Среди других заявителей на участие в ОМС в будущем году числятся 211 медорганизаций, подведомственных Департаменту здравоохранения Москвы и 94 медорганизации, подчинённые различным государственным ведомствам. Год назад их было 206 и 91 соответственно, а всего на 2016 г. подавали заявки 378 медорганизаций.

Рост числа желающих работать в системе ОМС Москвы директор Московского городского ФОМС Владимир Зеленский объясняет тем, что в непростых экономических условиях страны ОМС является самым крупным покупателем медицинских услуг на рынке.

Увеличение медорганизаций-участников ОМС в Москве, по мнению В.Зеленского, – хороший признак: чем больше конкуренция на рынке, тем выше должно становиться качество.

Частные клиники могут вступить в систему ОМС и оказывать помощь пациентам, получая финансирование из Фонда обязательного медицинского страхования с 2010 г. По данным Минздрава, в ОМС участвует треть от общего числа российских компаний.

Более активному участию частного бизнеса в ОМС мешают низкие государственные тарифы. Этот фактор является препятствием для 80% представителей частных медорганизаций. Это следует из крупного социологического исследования, в рамках которого были опрошены руководители частных и ведомственных медицинских организаций Москвы и отдельных регионов России. 55% респондентов, не участвующих в ОМС, признались, что готовы изменить своё решение в случае внедрения системы соплатежа и изменения тарифов.

Яков ЯНОВСКИЙ.

МИА Сито!

Москва.

Инициатива

Непростой путь к трезвости



В Омской области проходят антиалкогольные мероприятия, связанные с Всероссийским днём трезвости. Как известно, он отмечается 11 сентября, начиная с 1913 г., под эгидой церкви. Теперь День трезвости – праздник гражданский, и чтобы он не был формальным, специалисты Омского областного наркологического диспансера начали подготовку к нему загодя.

Накануне в городе открылась горячая линия, и на любые вопросы об алкогольной зависимости, программах лечения и реабилитации, профилактике и раннем выявлении наркологических расстройств позволившим отвечает заместитель главного врача Наркологического диспансера психиатр-нарколог Дмитрий Никонов. Здесь же

организован анонимный приём людей, страдающих алкогольной зависимостью. Как, впрочем, и в наркологических кабинетах всех 5 округов Омска, а также в 32 сельских районах Прииртышья.

Проконсультироваться у врачей-наркологов можно в лечебно-профилактических учреждениях и в зонах отдыха города на Иртыше, а в парке «Зелёный остров» пройти и скрининговое обследование. Такой пункт здесь организовали специалисты Центра медицинской профилактики. К мероприятиям подключились общественные и молодёжные организации, проводя флешмобы, посвящённые борьбе с алкоголизмом, тематические выставки о бедах, какие приносит людям «зелёный змий».

Николай ВАСИЛЕВСКИЙ.

Омская область.

Так и хочется воскликнуть: «Ну наконец-то!» Дело в том, что, как выразился Александр Александрович, вопрос этот «с бородой». Ещё 8 лет назад съезд педиатров России в своей резолюции записал: «Необходимо разработать закон об охране здоровья детей». И законопроект был разработан. Но, к сожалению, поддержки со стороны правительства и Министерства здравоохранения РФ не получил.

О необходимости принятия такого документа академик заявлял и на заседании Координационного совета при Президенте Российской Федерации в мае 2014 г. Оппоненты выступили против, мотивируя это тем, что и без того имеется много разных правовых документов, где определены направления охраны здоровья детского населения. Правда Президент РФ Владимир Путин тогда на это сказал, что предложение Баранова не лишено смысла, должен быть отдельный, интегрированный документ, защищающий интересы детей, чтобы «не шастать» по многочисленным бумажкам, законным и подзаконным актам. Но в Поручении Президента по итогам заседания Координационного совета ничего не было сказано.

Однако академика А.Баранова и его коллег не оставила мысль довести дело до логического завершения. И вот нынче предпринимается очередная попытка реализовать задуманное. Обновлённый законопроект (к его доработке, помимо сотрудников Научного центра здоровья детей, присоединились представители Лиги защитников пациентов и Общественной палаты РФ) был представлен на пресс-конференции.

— Для меня очень важно, что нашли единомышленники в лице Александра Саверского, члена Общественного совета при Минздраве России, и Владимира Слепака, председателя Комиссии по социальной политике, трудовым отношениям и качеству жизни Общественной палаты РФ, которые поддерживают внесение в Госдуму этого документа, — отметил А.Баранов. — Сейчас идёт предвыборная кампания, многие депутаты заявляют о том, что такой закон нужен. Но одно дело — пообещать, а другое — сделать. Надеюсь, что сегодня мы дадим новый старт этой работе. Уверен, «если долго мучиться, что-нибудь получится».

Принципиально новым в законопроекте, как отметил А.Саверский,

Итоги и прогнозы

Есть только один глагол — «защищать»

Вскоре обновлённый проект закона «О здоровье детей» будет внесён на рассмотрение в Государственную думу РФ. Об этом заявил председатель исполкома Союза педиатров России академик РАН Александр Баранов



Под крылом у взрослых дети чувствуют себя защищёнными

является применение международных правовых норм, в частности 12-й статьи Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах (кстати, подписанного Россией), где провозглашается право на наивысший достижимый уровень здоровья (не просто охранять здоровье, а добиваться более высокого его уровня — В.Е.).

— В России эта норма никак не развёрнута, и, естественно, мы хотели начать её применение с детей, — сказал А.Саверский. — Прежде всего, нужно выделить факторы, влияющие на здоровье, оценить их и далее управлять ими. Речь идёт о

создании регистра факторов (перечень явлений, объектов, товаров, работ, услуг), влияющих на здоровье.

Огромная часть такой работы уже сделана в виде стандартов, режимов учёбы, занятий физкультурой и спортом, требований безопасности, проведения контроля и т.д. Однако она не имеет единого знаменателя — единых оценок воздействия на здоровье, которые и необходимо создать. Должна быть универсальная шкала оценки.

Следуя ещё одной международной норме, отражённой в статье 24 Конвенции о правах ребёнка, нужно закрепить права детей на пользование наиболее совершенными

услугами системы здравоохранения, средствами лечения болезней и восстановления здоровья, чтобы ни один ребёнок не был лишён доступа к ним. «Необходимо сохранять не только систему бесплатной медицинской помощи, но и включать в неё лекарственное обеспечение», — говорится в пояснительной записке к законопроекту.

— Нам удалось создать кодекс норм права в отношении здоровья детей. Он унифицированный. Там и защита информации, и защита от неблагоприятных факторов, и эпидемиология, и медицинская помощь, — подчеркнул А.Саверский.

Проект охватывает все основные аспекты, которые могут касаться здоровья детей, включая охрану здоровья и медицинскую помощь, определяет правовые, организационные и экономические основы; права и обязанности детей, их родителей и законных представителей, гарантии реализации этих прав; полномочия и ответственность органов государственной власти всех уровней, граждан по обеспечению наивысшего достижения уровня здоровья; права и обязанности организаций, индивидуальных предпринимателей при осуществлении деятельности в сфере обеспечения наивысшего достижимого уровня здоровья.

— Мне кажется закон не просто нужным, сегодня дело чести государства — принять его. У нас только один глагол — защитить наших детей, — сказал В.Слепак. — Это касается всех сфер, в том числе и качества продуктов питания. Беру воду самого известного мирового производителя, на бутылке написано «глубоководная, мине-

рализованная, кальцинированная». Проверка показала: нет ни первого, ни второго, ни третьего. Беру заменитель женского грудного молока, анализ демонстрирует превышение норм по микробиологии в 17 раз. А каково качество игрушек! 30% проверенных нами имеют превышение норм по тяжёлым металлам.

В.Слепак предложил вернуть ГОСТы для детских изделий и продуктов питания и ввести уголовную ответственность за подделку сертификатов соответствия.

— В Конвенции о правах ребёнка есть ёмкие слова: «Государство обязано защитить детей от всего, от чего можно защитить», — напомнил А.Баранов.

Касаясь текущей ситуации в детском здравоохранении, он обрисовал её так:

— В педиатрии реализована мечта Никиты Сергеевича Хрущёва — догнать и перегнать Америку. Уровень младенческой смертности у нас сейчас ниже, чем в США. Но в данный момент меня, как главного педиатра Министерства здравоохранения РФ и как директора Научного центра здоровья детей, пожалуй, больше всего волнует проблема детской инвалидности. В стране 540 тыс. детей-инвалидов. Цифра очень серьёзная. И с этим нужно что-то делать. Мы проанализировали положение дел, нашли много возможностей предотвращать инвалидность и хотели бы на уровне закона определить действия по её профилактике.

Валентина ЕВЛАНОВА,
корр. «МГ».

Фото автора.

Ориентиры

С красным крестом в воздухе

Дальнейшее развитие санитарной авиации способно решить многие проблемы на Дальнем Востоке

Министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова выступила на сессии «Стратегические векторы развития здравоохранения на Дальнем Востоке» в рамках Восточного экономического форума. Она дала свою оценку изменениям, которые наблюдаются в округе за последние несколько лет.

По её мнению, они позволили значительно приблизить Дальний Восток к целевым показателям в области здравоохранения. Достаточно сказать, что показатель младенческой смертности в Дальневосточном федеральном округе за период с 2014 по 2015 г. снизился с 9 на 1000 родившихся живыми до 7,5, а по итогам 7 месяцев этого года опустился ещё ниже — до 6,4 на 1000 родившихся живыми.

Также наблюдается снижение смертности от основных причин. За 7 месяцев нынешнего года показатель смертности на Дальнем Востоке снизился почти на 4% и составил 12,5 на 1000 населения. При этом в большинстве регионов Дальнего Востока показатель

смертности значительно ниже: менее 9 на 1000 населения.

— С 2012 г. в ДФО успешно внедряется трёхуровневая система здравоохранения, — подчеркнула В.Скворцова. — Уже сейчас более 70% объёмов медицинской помощи на Дальнем Востоке оказывается в первичном звене. Мы не только сохранили систему фельдшерско-акушерских пунктов, но и развили её. В ближайшие годы будут построены 43 модульных ФАПов и 4 врачебных амбулатории общей практики. При этом в Российской Федерации за прошлый год было построено 580 и отремонтировано почти 300 ФАПов. Также важно отметить, что Минздравом России была создана геоинформационная система и обновлены правила размещения стационарных объектов первичного звена.

Благодаря этому существенно увеличилось число профилактических осмотров и охват диспансеризацией жителей Дальнего Востока. По результатам первого полугодия 2016 г. Дальний Восток смог обеспечить одну из самых высоких в стране активную выявляемость онкологической патологии — 30% от всех диагностированных заболеваний.

Например, Евросоюз ставит перед собой задачу выявлять 20-30% онкологических патологий, а аналогичный показатель по Российской Федерации в среднем составляет 21%.

Говоря о скорой медицинской помощи на Дальнем Востоке, необходимо отметить, что в округе очень низкая плотность населения. Причём если для городов она составляет 1 человек на 1 км², то в отдалённых районах этот показатель равен 0,2-0,1. В этой связи очень сложно организовать срочный вызов, эвакуацию для оказания своевременной экстренной помощи. Из 6 млн жителей Дальнего Востока 210 тыс. находятся в зоне риска из-за невозможности их транспортировки в течение «золотого часа» в медицинскую организацию.

— Мы не только совершенствуем работу скорой помощи через формирование централизованных диспетчерских в системе ГЛОНАСС, но и активно развиваем санитарную авиацию, — пояснила министр. — За последние 1,5 года количество вылетов увеличено в 2 раза. Сейчас на Дальнем Востоке ежегодно осуществляется до 5,6 тыс. вылетов, но это примерно в 2 раза ниже,

чем нам нужно для обеспечения потребности населения. Поэтому один из приоритетных проектов, который был отобран на этой неделе президиумом при Президенте РФ, полностью посвящён развитию санитарной авиации, в том числе — на Дальнем Востоке, так как это зона для нас наиболее значима.

С 2010 г. реализуется система межмуниципальных технопарков, где оказывается специализированная медицинская помощь при острых сосудистых нарушениях, остром коронарном синдроме, инфаркте миокарда и других сердечно-сосудистых заболеваниях. В этих центрах высококвалифицированную помощь получают более 70% нуждающихся.

Во Владивостоке функционируют 1 региональный сосудистый центр и 9 первичных межмуниципальных сосудистых отделений, которые соединены сетью телемедицины. Это позволяет в круглосуточном режиме снимать информацию с компьютерных томографов и анализировать её на уровне регионального сосудистого центра, при необходимости — обращаться к выездной хирургической помощи.

— Третий уровень системы — это развитие высокотехнологичной медицинской помощи, — заявила министр. — За последние годы в округе было создано 4 перинатальных центра и несколько высокотехнологичных центров. В начале 2017 г. мы планируем сдать два новых перинатальных центра, один из них — на Сахалине, другой — в Республике Саха (Якутия). Это позволило нам существенно нарастить объёмы высокотехнологичной помощи населению.

Перед нами стоит задача развития информационной системы и информационных технологий. Это второй приоритетный проект, который был утверждён на этой неделе. В настоящее время на Дальнем Востоке только 30% территории покрыто широкополосной связью Интернета.

Например, Приморский край обеспечивает только начальный уровень информатизации, 4 региона Дальнего Востока имеют базовый уровень, 2 региона, на сегодняшний день, не имеют информатизации.

На модернизацию медицинской инфраструктуры мы направили 40,5 млрд руб. Благодаря программе модернизации удалось компьютеризировать медицинские организации, городские больницы, поликлиники и региональные учреждения.

Павел АЛЕКСЕЕВ.

МИА Сити!

В Москве под эгидой Государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины Минздрава России начался цикл конференций в формате «круглого стола» «Профилактика неинфекционных заболеваний, здоровый образ жизни, оказание первой помощи при неотложных состояниях». На недавно прошедшем первом «круглом столе» обсуждались вопросы увеличения распространённости артериальной гипертензии среди мужчин и профилактики инсульта.

Пугающие цифры

Неинфекционные заболевания стали ведущими факторами падения трудоспособности среди населения, а смертность от них в России составляет 68% от общего числа летальных исходов. При этом доля смертности от сердечно-сосудистых заболеваний достигает 70% во всём объёме неинфекционных болезней. И в основном это мужчины в возрасте 50-60 лет, смертность которых превышает женскую в 1,8 раза.

Руководитель отдела вторичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний ГНИЦПМ, главный специалист по медицинской профилактике Департамента здравоохранения Москвы Нана Погосова отметила, что инсультам врачи уделяют очень пристальное внимание, но, к сожалению, многие граждане не всегда охотно обращаются в медицинские учреждения. А ведь только каждый пятый, перенёсший инсульт, в состоянии вернуться к своей прежней трудовой деятельности. Треть таких пациентов после выписки из стационара нуждается в посторонней помощи для решения элементарных бытовых вопросов. И это не только очень пожилые люди – им может быть и 35-40 лет.

Знать факторы риска

Что надо, чтобы реально обеспечить профилактику инсультов? Для этого, естественно, необходимо знать факторы, которые к ним приводят. Есть огромное количество исследований на эту тему, которые проводились в разных странах, охватившие в результате все пять континентов. Но вывод один – везде к инсультам приводят несколько факторов. Это – артериальная гипертензия. Артериальное давление померить несложно, но мало кто это делает, в результате половина гипертоников не знает, что у них оно высокое. Всё это лето в московских парках сотрудники Департамента здравоохранения Москвы бесплатно измеряли давление всем желающим. А ведь совсем недорого приобрести тонометр или обратиться в поликлинику в

доврачебный кабинет. Далее – курение, избыточное потребление алкоголя, ожирение, избыточная масса тела, сахарный диабет. Сюда же относится особая аритмия, вызывающая фибрилляцию предсердия.

Надо прийти на профилактическое обследование в обычную городскую поликлинику – и это всё абсолютно бесплатно. С 30 лет можно пройти диспансеризацию, а с 35 – профилактический осмотр или посетить Центр здоровья. Вот что необходимо в

здравоохранения Московской области Екатерина Иванова напомнила, что успех профилактики складывается из предотвращения ранней смертности и развития заболевания. Вести здоровый образ жизни можно при условии хорошей медицинской информированности, мотивированности на культуру здоровья, создания необходимых условий. Сейчас врачи Московской области стали работать по программе «УДАР». У – «улыбка», изменение уголков рта, Д – нарушение движений

торы в плане профилактики стоит обращать внимание. Поэтому необходимо уделять внимание здоровью всей семьи, а не только её отдельным членам. Хороший пример – горцы-долгожители, где семейно-социальные отношения издавна находятся на очень высоком уровне.

Главный специалист по профилактической медицине Министерства здравоохранения Тульской области Елена Гарина констатировала, что Тульская область находится практически на последнем

мужчин снизилось на 20%, а женщин – на 5%.

«Мы пойдём к вам...»

Интересные новаторские данные сообщила заместитель главного врача по организационно-методической работе областного кардиологического диспансера Ивановской области Наталья Соколова, которая курирует местный центр здоровья. Процент заболеваемости гипертонией у мужчин в Ивановской области в среднем сопоставим с данными

Профилактика

Берегите мужчин от инсульта

Артериальная гипертензия среди них намного выросла



Беречь здоровье – тяжёлый труд, но он необходим...

первую очередь донести до населения – и врачам, и СМИ.

«Здесь мы по одну сторону баррикады, – отметила спикер. – Внезапно возникшая слабость в одной конечности, изменение характера речи, раздвоение предметов перед глазами, резкая головная боль – всё это признаки инсульта и надо вызывать скорую помощь». И уж ни в коем случае нельзя пользоваться постулатом «ты мужик – терпи», или «ну, выпей таблетку, само пройдёт».

Программа «УДАР»

Главный специалист по медицинской профилактике Центрального округа РФ и Министерства

конечностей, А – афазия, нарушение речи и Р – решение на необходимые действия. По этой программе теперь в школах Подмосковья читается короткий профилактический курс на тему, что нужно делать и чего делать не стоит при возникновении подобных симптомов у окружающих.

Как снимается стресс

Как известно, борьба со стрессом проходит у всех по-разному. Женщина его «заедает», и в результате у дам избыточная масса тела стала выше, чем у мужчин. А мужчина, когда ему плохо, негативную ситуацию «запивает», или «закуривает». И на эти фак-

месте в России по численности пожилого населения – в частности, из-за высокой смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Поэтому работы по первичной профилактике ведутся здесь очень интенсивно, особенно с молодым трудоспособным населением. Не забывая, конечно, о пожилых. Созданы кабинеты медицинской помощи для отказа от курения, кабинеты здорового питания. Есть и свои центры здоровья, которые работают с 2009 г., где пациент может пройти очень подробные обследования для выявления факторов риска и получить обширные консультации. Ведь сберечь здоровье – тяжёлый труд, и людям надо помочь сохранить продолжительную, а главное – качественную жизнь.

Своим опытом профилактики поделилась главный специалист по профилактической медицине Министерства здравоохранения Владимирской области Изабелла Ивкова. В 2013 г. распространённость артериальной гипертензии здесь достигла 29%, из этого количества 66% составляли женщины, мужчины – 34%. В 2016 г. распространённость заболевания составила 32%, из них мужчин стало уже 43%. Это, в первую очередь, связано с увеличившейся выявляемостью гипертонии во время диспансеризаций, к которым мужчины стали проявлять больше интереса. К сожалению, ожирение среди лиц мужского пола в области увеличивается. Но при этом количество курящих

по всей России. Но здесь решили пойти по пути «если вы не идёте к нам, мы пойдём к вам». Оказывается, среди посетителей центра мужчин всего треть – остальным, дескать, просто некогда после работы сюда приходить. Теперь врачи сами выезжают на предприятия города и области целыми бригадами. Тех, у кого выявлены факторы риска, приглашают в центр на дополнительные процедуры, ведётся динамическое наблюдение таких пациентов, что уже даёт положительные результаты.

В заключение хочется привести слова Наны Погосовой: «Сегодня смертность от инсультов превышает смертность от инфарктов миокарда. 300 тыс. человек ежегодно умирают в России от цереброваскулярных заболеваний. И половина этих смертей на счету инсультов. На летальные исходы от инфаркта миокарда приходится 64 тыс. человек. Но не всё так мрачно – благодаря Национальному проекту «Здоровье» и огромным переменам, произошедшим в здравоохранении РФ, удалось снизить смертность от инсультов в стране на 27%. Только в Москве работают 29 сердечно-сосудистых центров. Сегодня есть эффективные лекарства от инсульта, не дающие побочных эффектов – просто их надо вовремя принимать...».

Вячеслав СВАЛЬНОВ,
к.м.н. «МГ».

Москва.

Кадры

Аспекты профилактики тромбоэмболии у пациентов, находящихся на лечении в хирургическом стационаре, рассмотрели медицинские сёстры Тюменской области на семинаре «Профилактика тромбоэмболии лёгочной артерии при хирургических вмешательствах», который состоялся в Федеральном центре нейрохирургии.

Как рассказала главная медицинская сестра Федерального центра нейрохирургии Эльвира Губина, тромбоэмболии больше всего подвержены пациенты старше 40 лет, перенёсшие оперативное вмешательство и имеющие сопутствующие заболевания, такие как: злокачественные опухоли, сахарный диабет, сердечная недостаточность, ожирение и другие заболевания.

Когда без доброты не обойтись

Прошёл семинар по тромбоэмболии для медсестёр

Хирургические вмешательства играют провоцирующую роль в тромбообразовании, тромбы перекрывают сосуды жизненно важных органов, в том числе и лёгочной артерии.

Основной задачей медицинской сестры является профилактика тромбоэмболии, с этой целью она в своей работе применяет эла-

стичные бинты и компрессионный трикотаж. На семинаре медсёстрам рассказали о правилах подбора, применения и техники бинтования эластичных компрессионных средств. По окончании лекции для участников провели мастер-класс, итогом семинара стало тестирование.

Было отмечено, что тромбо-

эмболия может возникнуть и у здорового человека, не подвергавшегося хирургическим вмешательствам. В группе риска находятся люди, ведущие сидячий, малоподвижный образ жизни. Чтобы снизить опасность возникновения недуга, специалисты рекомендуют внимательно относиться к своему здоровью

и регулярно проходить медицинские осмотры.

«Врач-нейрохирург, даже самый способный, должен не только прооперировать пациента, но и организовать его реабилитацию и достойный уход, в этом вопросе главное звено – это младший и средний медицинский персонал. Именно от доброты и профессионализма наших санитарок и медсестёр зависит исход заболевания! Мы считаем наиважнейшей задачей обучение и повышение квалификации всего медицинского персонала нейроцентра», – прокомментировал главный врач центра Альберт Суфианов.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.

МИА Сито!

Тюмень.

В конце 80-х годов прошлого столетия по инициативе Совета Министров СССР и Министерства здравоохранения РСФСР в городах страны начали создаваться медицинские диагностические центры.

Одним из первых в этом ряду стал Воронежский областной клинический консультативно-диагностический центр.

Решение о его создании принято в декабре 1988 г., а в середине января 1989 г. был назначен его первый главный врач – Сергей Петросян. Затем в течение двух лет здание в центре города приспособляли под нужды нового учреждения здравоохранения. Его перестраивали, оснащали современным оборудованием; был набран и обучен медицинский и технический персонал.

Первые пациенты переступили его порог 9 июля 1991 г., и с этого момента центр прочно занял своё место среди ведущих лечебно-диагностических учреждений области.

Технологии и энтузиазм

– Сегодня ВОККДЦ – это современная многопрофильная медицинская организация, которая продолжает динамично развиваться, – рассказывает главный врач Елена Образцова. – В 13 медицинских отделах ежегодно выполняется почти 860 тыс. лабораторно-инструментальных исследований, регистрируется более 210 тыс. посещений пациентов с целью получения консультаций у врачей 50 специальностей.

В центре более 2 тыс. единиц медицинского оборудования, в том числе уникального, как, например, один из немногих в России однофотонный эмиссионный компьютерный томограф (ОФЭКТ).

Воронежский диагностический центр – это оптимальное сочетание медицинских и информационных технологий. Здесь ещё в 2011 г. была создана электронная регистратура, все рабочие места автоматизированы.

Сейчас медицинская информационная система центра объединяет не только его специалистов, но и более 50 медицинских организаций Воронежской области, которые имеют возможность записывать на приём своих пациентов, заказывать лабораторные исследования и получать их результаты, а затем знакомиться с полученными данными.

Отдел лучевой диагностики центра – единственный в регионе, который полностью перешёл на цифровые технологии.

– В центре заслуженно гордятся своим новым официальным сайтом. Он является не просто визитной карточкой, а предоставляет своим посетителям новые возможности: в своём личном кабинете можно записаться на приём, просмотреть собственные медицинские данные, – подчёркивает заместитель главного врача по организационно-методической работе Юрий Павловский.

В фокусе – качество

Общеизвестно: всё начинается с регистратуры. Правда, так называть данное помещение не хочется: вопреки сложившемуся стереотипу это просторный (посетители шутят: как в банках!) зал с мониторами, электронными организаторами очередей, электронным терминалом и мощным колл-центром, куда за сутки поступает до 2 тыс. телефонных звонков. Очередей в регистратуре практически нет.

А посетители давно привыкли к регулярным опросам: насколько результат посещения оправдал или не оправдал их ожиданий.

– То, что привычно называется качеством медицинской помощи, всегда было в фокусе нашей работы, – поясняет заместитель главного врача по медицинской части Елена Жданова. – Ещё в начале 2000-х годов мы стали делать первые шаги в создании современной системы управления.

Ориентуры

Слыша

дыхание времени

Именно так работает воронежский диагностический центр



Сотрудники центра – участники Дня здоровья

В прошлом году появился новый отдел – управления качеством. Его сотрудники анализируют качество во всех аспектах, порой довольно далёких от непосредственно медицинской помощи. Для них нет мелочей, важно всё: от входа в здание центра до оформления заключения врача.

В прошлом году введены в постоянную практику интервью пациентов, которым были оказаны те или иные медицинские услуги. Методом случайного выбора, с согласия собеседника, оператор отдела в телефонном разговоре выясняет мнение пациента об организации его приёма, о враче, об уровне комфорта, о времени ожидания возле кабинета врача и т.д. Складывающаяся из многих опросов картина позволяет вовремя заметить негативные или, наоборот, позитивные тенденции.

Что интересно: в структуре есть и свои «центры», например областной диабетологический. Он может быть примером того, как должна быть организована работа по профилактике, выявлению, диагностике и лечению как первичного заболевания, так и его осложнений.

Сведения о том, как лечат каждого из более 60 тыс. пациентов с сахарным диабетом, содержащиеся в областном регистре, позволяют анализировать ситуацию с этим заболеванием в регионе, планировать лечебно-профилактические мероприятия. Руководитель центра Лариса Колимбет и весь коллектив – настоящие энтузиасты своего дела.

Диабетологический центр действительно участвует в разработке, апробации и внедрении инновационных технологий диагностики и лечения сахарного диабета, проводит многочисленные акции для населения по предупреждению и выявлению заболевания, ежегодно организует выезды в районы области мобильного комплекса («Диамобиль»).

В 2014 г. Департамент здравоохранения поручил диагностическому центру проработать возможность организации централизованных лабораторных исследований.

Непростые задачи реконструкции помещений лаборатории ВОККДЦ, построения логистики, материально-технического обеспечения, информационной поддержки для 50 районных поликлиник всей Воронежской области были решены в рекордно короткий срок – 6 месяцев.

И уже в мае 2015 г. проект централизации лабораторных исследований заработал! Сейчас во всех районных больницах или городских поликлиниках привыкли к специальному транспорту с курьером, который приезжает 2 раза в неделю. Никто не удивляется тому, что лечащий врач в отдалённом районе имеет возможность увидеть в электронном варианте результат исследования буквально сразу же, как только автоматический анализатор выполнит анализ, и врач-лаборант ВОККДЦ подтвердит правильность результата.



Беседу о профилактике сахарного диабета проводит врач эндокринолог Наталья Глотова и медсестра Ирина Стельмах

Когда смотришь на такую организацию работы, ловишь себя на мысли: будущее уже наступило!

Наверное, нет региона, где не испытывали бы дефицит в квалифицированных кадрах врачей-диагностов. Зачастую бывает так: стоит в районной больнице диагностическое оборудование, а работать на нём некому или некогда, потому что есть только врачи-совместители.

Воронежским диагностическим центром в 2015 г. была предложена новая форма работы – дистанционная. Иными словами, на местах средний медицинский персонал выполняет исследование (рентгенологическое, функциональное) и пересылает изображение в ВОККДЦ по закрытым каналам связи. Врач центра анализирует его, делает заключение, и пересылает его в районную больницу.

– Сейчас ежемесячно диагностическим центром «расшифровывается» для медицинских организаций области почти 400 протоколов исследований по лучевой и функциональной диагностике, – говорит заместитель главного врача по организации амбулаторно-поликлинической помощи Ольга Черных. – Особенно пользуется спросом у медицинских организаций расшифровка холтеровского исследования ЭКГ, суточного мониторирования артериального давления, маммографии и др.

Вершина пирамиды диагностики

С самого начала при создании подобных центров в стране предполагалось, что они станут вершиной пирамиды медицинской диагностики на догоспитальном этапе. В нормативных документах Министерства здравоохранения им отводится роль методического руководства диагностическими службами медицинских организаций на территории.

В 2014 г. по приказу Департамента здравоохранения области в составе Воронежского диагностического центра появилось ещё одно специализированное подразделение – дистанционный областной центр охраны здоровья (ДОЦОЗ). На него возложены задачи по мониторингу и анализу деятельности медицинских ор-

ганизаций в части диагностики и выявления заболеваний.

Сотрудники отдела также осуществляют анализ всех законченных случаев диспансеризации взрослого населения, проводимых в 50 медицинских организациях Воронежской области, контроль за направлением нуждающихся пациентов на углублённое обследование. Регулярные сверки регистра пациентов, прошедших диспансеризацию, с другими регистрами (в частности, сахарного диабета, онкологическим) позволяют совершенствовать работу по своевременному выявлению заболеваний.

Помимо этого, ДОЦОЗ собирает и анализирует данные об использовании в медицинских организациях области диагностического оборудования, что позволяет планировать и прово-

дуть мероприятия как по его рациональному использованию, так и по оптимальной маршрутизации пациентов.

Начиная с 2014 г. в Воронежской области реализуется масштабный межведомственный проект «Живи долго!», призванный содействовать снижению смертности и повышению продолжительности жизни населения за счёт стимулирования ранней обращаемости за медицинской помощью, формирования здорового образа жизни и ответственного отношения граждан к своему здоровью.

Воронежский диагностический центр активно включился в этот проект в качестве координатора.

– Центр стал инициатором применения новых форм работы с населением, проведением так называемых «Дней здоровья» – массовых акций с целью профилактики и выявления заболеваний, – говорит Елена Образцова.

– Во время этих мероприятий специалисты консультируют пациентов, рассказывают о мерах по предотвращению осложнений, а также выполняют ряд доступных скрининговых исследований, в том числе на базе передвижных диагностических комплексов.

Вовлечение в идеологию долголетия широкого круга жителей (а проект, по словам руководителя Департамента здравоохранения Воронежской области Александра Щукина, вызвал реальный интерес у огромного количества людей!), повышение информированности населения об имеющихся возможностях по сохранению здоровья уже дали первые результаты.

С 2014 по 2016 г. в Воронежской области произошло увеличение на 22% обращаемости в медицинские учреждения с целью проведения диспансеризации и профосмотров.

В январе прошлого года «День здоровья» в ВОККДЦ посетили министр здравоохранения Вероника Скворцова, сенатор Галина Карелова, председатель Фонда обязательного медицинского страхования Наталья Стадченко. Гости высоко оценили организацию дистанционной работы с районами области.

Не менее хорошие отзывы оставили о диагностическом центре и здравоохранении области в целом посетившие Воронеж прошлым летом с рабочим визитом вице-премьер Ольга Голодец и заместитель министра здравоохранения РФ Татьяна Яковлева.

Большим авторитетом пользуется центр и среди коллег.

«Коллектив Воронежского областного клинического консультативно-диагностического центра четверть века успешно справляется со стоящими перед ним задачами. Нет сомнения, что впереди у него – воплощение в жизнь новых прекрасных планов», – считает президент «Диагностической медицинской ассоциации (ДиаМА)» Игорь Ушаков.

Но главным критерием оценки работы любого лечебного учреждения является стремление людей обращаться за помощью именно сюда. В ВОККДЦ оно увеличивается год от года.

Елена МИХАЙЛОВА.

Воронеж.

В Первом Московском государственном медицинском университете им. И.М. Сеченова состоялось заседание Международного экспертного совета (МЭС).

Его создали в рамках плана мероприятий по реализации программы повышения конкурентоспособности Проекта 5-100. В заседании также приняли участие члены президиума учёного совета и члены наблюдательного совета университета.

Международный экспертный совет Сеченовского университета – постоянно действующий совещательный коллегиальный орган, институт внешней экспертизы. Его задачи – привлечение лучшего мирового опыта и компетенций, обеспечение углублённого научного анализа и подготовки предложений по ключевым направлениям стратегического развития университета.

В составе совета – учёные с мировым именем и представители зарубежных вузов.

В ходе заседания МЭС состоялось подведение итогов финала конкурса на создание международной научно-образовательной лаборатории на базе Первого МГМУ им. И.М.Сеченова. Участники заседания рассмотрели три проекта-соискателя гранта на создание лаборатории. Цель гранта – поддержка новых исследовательских команд с привлечением в их коллектив ведущих зарубежных специалистов, способных получать научные результаты мирового уровня. Обязательным условием было включение в научную работу молодых учёных и учащихся Первого МГМУ им. И.М.Сеченова, которые смогут получить международный исследовательский опыт и впоследствии начать самостоятельную научную карьеру. Всего в конкурсе участвовало 9 проектов лабораторий, занимающихся разработками в области биомедицины, регенеративной медицины и тканевой инженерии. Проекты-финалисты представили: профессор Департамента хирургии и биоинженерии, заместитель директора Института регенеративной медицины МакГована (США) Стивен Ф.Бадиллак – «Регенеративная медицина, тканевая инженерия, биологические матрицы»; профессор химии, фармакологии и химической биологии, радиационной онкологии, директор Центра по свободнорадикальным и антиоксидантным основам здоровья Питсбургского университета (США) Валериан Каган – «Биология и медицина»; профессор, руководитель направления молекулярной психиатрии Центра психического

Тенденции

На международный уровень

Инновационное развитие Сеченовского университета продолжается



Международный экспертный совет рассматривает поступившие предложения

здоровья Вюрцбургского университета (Германия) Клаус-Питер Леш – «Нейробиология». Лучшим был признан проект по направлению «Нейробиология», его авторы получат грант университета в размере 90 млн руб. на 3 ближайших года.

– Выражаю искреннюю признательность руководству университета и членам Международного экспертного совета за выбор моего проекта. Уверен, что сотрудничество сможет принести взаимную пользу, позволив аспирантам и молодым учёным Сеченовского университета получить неоценимый исследовательский опыт. Несомненно, этому будет способствовать программа обмена и стажировок между Первым МГМУ им. И.М.Сеченова и университетами Германии и Голландии, – сказал Клаус-Питер Леш.

В повестке заседания Международного экспертного совета важным звеном также явилось представление «дорожной карты» развития университета и ключевых её направлений: научно-исследовательская деятельность, участие в международных проектах, модернизация системы управления и развитие научной и образовательной инфраструктуры. Миссия Первого МГМУ заключается в постоянном повышении уровня и обеспечении глобальной конкурен-

и качества жизни людей. В рамках исследовательской повестки наш университет стремится стать мультидисциплинарным «хабом» клинических и медицинских исследований. Мы нацелены на наивысшие достижения в области регенеративной и молекулярной медицины, структурной и геномной биоинформатики, – отметил ректор университета Пётр Глыбочко. – Наша задача – трансформация вуза в медицинский университет мирового класса и подготовка врача будущего. Эту задачу мы должны решить до 2020 г.

По окончании мероприятия члены Международного экспертного совета единодушно отметили высокий уровень готовности вуза к интеграции в мировое академическое сообщество, а также выразили готовность участвовать в разработке рекомендаций по соз-



Фото на память

тоспособности российской системы здравоохранения посредством подготовки квалифицированных кадров, развития передовых медицинских, образовательных и управленческих технологий, выполнении прикладных и фундаментальных научных исследований на высочайшем международном уровне.

– Сеченовский университет расширяет спектр междисциплинарных исследований и разработок в соответствии с глобальными вызовами, перспективами и стратегическим развитием мировой медицины, фармацевтики и биотехнологии, направленных на увеличение продолжительности

данию новых исследовательских центров и привлечению ключевого персонала с международной репутацией.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.
МИА Сито!

Москва.

События

В родильном доме перинатального центра Омской областной клинической больницы приняли сотни тысяч родов. А первой здесь появилась на свет в 1977 г. девочка, как сообщил главный врач клиники Константин Полежаев, – акушер-гинеколог одного из ЛПУ Омска.

– Сотысячные роды для нас – это заслуга нескольких поколений коллектива родильного дома. Мы гордимся нашими специалистами и теми традициями, которые были заложены. То, что наш родильный дом находится в составе многопрофильного учреждения, сегодня является уникальной ситуацией. Таких учреждений на территории Российской Федерации единицы. Это позволяет обеспечить качественную специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь женщинам в период беременности и родов. Мы будем стараться и дальше, – сказал, не скрывая радостного волнения, Константин Леонидович и вручил родителю новорожденного цветы и памятные подарки.

Первая колыбель для новорождённых

Здесь младенцев встречают и дают им «путёвку в жизнь»

«Юбиляр» родился здоровым. Его вес – 2767 г, а рост – 49 см. Это уже второй ребёнок в семье из сельского Москаленского района Прииртышья. И в том, что он родился без патологий и осложнений при родах, – заслуга врачей и персонала среднего медицинского звена роддома перинатального центра Областной клинической больницы, работающих по современным технологиям в рамках Всероссийского здравоохранительного проекта «Мать и дитя». Например, здесь уже давно стало обыденностью совместное пребывание матери и новорождённого, начиная с родильного зала и до «выхода в люди» – выписки. Роженицы остаются с малышами даже в тех случаях, если тех вынуждены поместить в отделение реанимации и интенсивной тера-



Родильный дом перинатального центра Омской областной клинической больницы – первая колыбель для многих новорождённых в Прииртышье.

пии. Высокотехнологичное оборудование позволяет выхаживать рождённых раньше срока детей и с экстремально низкой массой тела – от 500 г.

С начала нынешнего года в роддоме перинатального центра Омской ОКБ – лауреата международной премии «Профессия – жизнь» в номинации «За достижения в области охраны материнства и детства» – путёвку в жизнь получили более 2680 малышей и малышек. В их числе одна тройня, а вот двойняшек – 61. К скорому 40-летию этого медучреждения родовспоможения, входящего в число лучших в России, их будет свыше 3 тыс.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 66 (2005)

(Окончание. Начало в № 69 от 14.09.2016.)

Четвёртая стадия заключается в постепенной реверсии зубца Т. Эта стадия обычно длится 2-3 месяца. На всех стадиях обычно отсутствуют изменения комплекса QRS. При крайне тяжёлых формах миокардита в миокарде возникают очаги некроза, на ЭКГ появляется патологический зубец Q. В этих случаях возникают большие трудности дифференциальной диагностики с ИМ.

Частым ЭКГ симптомом является предсердная и желудочковая экстрасистолия. Экстрасистолы могут быть единичными и множественными, могут регистрироваться пароксизмальная наджелудочковая и желудочковая тахикардия, фибрилляция предсердий. Реже регистрируются нарушения проводимости, при этом чаще блокады ножек пучка Гиса.

Рентгенография

При проведении рентгенографии грудной клетки у 15-30% больных имеет место расширение тени сердца за счёт левого, реже – правого желудочка. У части больных выявляется усиление лёгочного рисунка вследствие венозного застоя, что косвенно свидетельствует в пользу развивающейся левожелудочковой недостаточности.

Эхокардиография

При проведении ЭхоКГ у пациентов с миокардитом наиболее часто выявляется дилатация камер сердца, нарушение систолической функции ЛЖ (снижение ФВ) и наличие жидкости в полости перикарда, свидетельствующее о сопутствующем перикардите. Может также диагностироваться гипертрофия миокарда, которая чаще является эксцентрической. В отличие от ИБС, для ЭхоКГ миокардита характерным является увеличение размеров правого желудочка.

Важными показателем, отражающим дилатацию и изменение геометрии (ремоделирование) ЛЖ, при ЭхоКГ является индекс сферичности. Это отношение продольного диастолического размера полости ЛЖ четырёхкамерной позиции к максимальному поперечному размеру в средней трети ЛЖ. В норме данный показатель составляет 1,8-1,6; снижение до 1,5 и ниже свидетельствует о дилатации и «шарообразном» ремоделировании ЛЖ. На фоне дилатации может появиться относительная недостаточность митрального клапана.

Лабораторные исследования

Обычные лабораторные методы исследования в диагностике миокардита не отличаются специфичностью и считаются малоинформативными. Информативные лабораторные показатели: увеличение в сыворотке крови содержания α_2 - и β -глобулинов, обнаружение антител к миокарду, повышение уровня сиаловых кислот, С-реактивного белка, повышение активности кардиоспецифических ферментов и изоэнзимов в сыворотке крови.

При миокардите увеличивается количество CD4 и изменяется соотношение CD4/CD8, увеличивается количество CD22, IgM, IgG, IgA и циркулирующих иммунных комплексов.

Одним из наиболее чувствительных лабораторных тестов считается реакция торможения миграции лимфоцитов (РТМЛ) с сердечным антигеном, которая изменяется у 70% больных.

При миокардите увеличено содержание продуктов перекисного окисления липидов и снижен уровень антиоксидантных ферментов в периферической крови. При миокардите чувствителен тест дегрануляции базофилов (ТДБ), отражающий процентное содержание дегранулированных форм в периферической крови. ТДБ позволяет уточнить миокардиальный процесс в 82,1% случаев. Полная нормализация ТДБ и РТМЛ происходит лишь к концу 1 года лечения.

В настоящее время лишь три методики позволяют уточнить диагноз миокардита и определить его этиологию, активность воспаления в миокарде и выраженность миокардиального фиброза:

- ✓ гистологическое исследование морфобиоптатов миокарда (эндокардиальная биопсия);
- ✓ радиоизотопная томография сердца с радиофармпрепаратами, тропными к воспалительному процессу;
- ✓ магнитно-резонансная томография сердца с контрастированием.

Морфологическое исследование

При воспалительном поражении миокарда обнаруживается отёк интерстиция. Вокруг кровеносных сосудов выявляются клеточные инфильтраты, которые в начальной стадии

миокардита состоят из нейтрофильных лейкоцитов и макрофагов, а позднее – из лимфоцитов и плазматических клеток. Вокруг кардиомиоцитов могут выявляться участки мелкоочагового кардиосклероза. При электронной микроскопии в кардиомиоцитах имеют место отёк и расширение саркоплазматического ретикулума, а также отёк и жировое перерождение митохондрий, наблюдается уплотнение хроматина и пикноз ядра, интенсивное увеличение рибосом и, наконец, деструкция митохондрий, миофибрилл и лизис самих кардиомиоцитов.

Радиоизотопные методы исследования, компьютерная и магнитно-резонансная томография

Применение однофотонной эмиссионной компьютерной томографии (ОФЭКТ) позволяет получать качественные трёхмерные изображения миокарда, и по накоплению изотопа, тропного к воспалительному процессу, можно визуально определить выраженность поражения миокарда.

Для верификации воспаления используют томосцинтиграфию миокарда с цитратом ^{67}Ga . Галлий обладает аффинностью к нейтрофильным лейкоцитам, моноцитам и активированным Т-лимфоцитам, которые способны мигрировать в воспалительные очаги.

Магнитно-резонансная томография (МРТ) миокарда с контрастированием также используется для визуальной диагностики воспалительных процессов. Чувствительность и специфичность метода МРТ сердца с контрастированием составляет 75-80%.

Алгоритм диагностики миокардита и дифференциальный диагноз

Характеристики современной диагностики миокардита и миокардиосклероза представлены в таблице 5.

В последние годы предложена схема диагностики миокардитов, у которой учтены как клинические, инструментальные и лабораторные (косвенные), так и современные прямые (морфометрические) методы выявления воспалительной инфильтрации в миокарде. Данный алгоритм предполагает комплекс методов из диагностических направлений (таблица 6).

Сложности часто возникают при проведении дифференциального диагноза миокардитов с другими некоронарогенными забо-

леваниями сердца, в том числе миокардитическим кардиосклерозом, дилатационной кардиомиопатией и дистрофией миокарда (инфекционной, токсической, дисгормональной и т.д.). Кроме того, может возникнуть необходимость дифференциальной диагностики ХСН при хроническом миокардите и постинфарктном кардиосклерозе. В такой ситуации в постановке диагноза миокардита может помочь наличие у больного сочетания синдрома СН и воспаления.

Ответить на вопрос о том, что привело к развитию ремоделирования сердца и стало причиной СН, помогает проведение визуализирующих инструментальных исследований (ЭМБ, томосцинтиграфия сердца с радиофармпрепаратами, тропными к воспалению, МРТ сердца с контрастированием).

Особенности течения миокардита

Течение миокардитов вариабельно. Восстановление более медленное, если в клинике доминируют признаки СН. Даже на фоне адекватной терапии заболевание принимает хроническое течение и улучшение обычно

происходит в течение нескольких месяцев. Если развитие миокардита сопровождается более тяжёлыми нарушениями функции ЛЖ (снижение ФВ до 35% и менее, выраженная дилатация ЛЖ), прогноз не благоприятен. У 50% развивается хроническая систолическая или диастолическая дисфункция ЛЖ, с клиникой ХСН того или иного ФК, а у 25% развивается тяжёлая СН.

Лечение

В острой стадии миокардита необходимо максимальное ограничение физической нагрузки, постельный режим 1-2 месяца, стационарный этап терапии обычно составляет от 3 до 8 недель. Целесообразной является низкочастотная оксигенотерапия. При наличии симптомов СН целесообразно ограничение соли в диете.

Этиотропная терапия

Этиотропная терапия проводится с учётом выявленных возбудителей и очагов хронической инфекции. Получены данные об эффективности применения интерферона- α и интерферона- β у больных с нарушениями функции сердца на фоне сохраняющейся вирусной инфекции, применяются индукторы эндогенного интерферона (неовир, виферон). Репликация вирусов в кардиомиоцитах происходит на первой неделе миокардита, при проведении биопсии миокарда вирусы выявляются редко. Назначение противовирусной терапии должно соответствовать срокам и наиболее оправдано при остром течении заболевания. Следует назначать

противомикробные и противовирусные γ -глобулины.

При бактериальной инфекции назначают антибиотики (преимущественно цефалоспорины), после определения чувствительности микробного агента и при неэффективности проводится коррекция терапии с использованием препаратов второго ряда (макролиды, фторхинолоны). Обязательным считается санация очагов хронической инфекции (тонзиллит, отит, гайморит, периодонтит, аднексит, простатит и др.). После проведения санации очагов хронической инфекции, антибактериальной и противовирусной терапии следует провести микробиологический контроль.

Патогенетическая терапия

Назначение иммуносупрессантов (иммуноглобулины, глюкокортикостероиды, циклоспорин, азатиоприн и т.д.) оправдано у пациентов, у которых миокардит развивается при системных заболеваниях соединительной ткани (системная красная волчанка, системная склеродермия, полимиозит). Назначение стероидных противовоспалительных средств следует подтверждать исследованием выраженности аутоиммунного воспаления (выявление кардиального антигена, антител к миокарду, значительное повышение концентрации ФНО- α и интерферона- α). Преднизолон назначается при тяжёлом течении, острожно, короткими курсами в виде пульс-терапии (в/в 3-5 мг/кг массы тела больного через день). Полноценная доказательная база в отношении назначения кортикостероидов и других иммуносупрессантов у

Таблица 5
Основные характеристики современной диагностики миокардита и миокардиосклероза
1. Критерии НУНА – это начальный этап диагностики заболевания. Для установления окончательного диагноза необходимо дополнительное обследование с визуальным (ОФЭКТ или МРТ) или гистологическим подтверждением клинического (предварительного) диагноза.
2. Лабораторными методами, подтверждающими воспалительное поражение сердца, являются: – тест дегрануляции базофилов; – наличие кардиального антигена и антител к миокарду; – положительная реакция торможения миграции лимфоцитов с кардиальным антигеном.
3. Специфичными признаками воспалительного поражения миокарда являются: – клеточная инфильтрация (более 5 клеток в поле зрения при увеличении 400) в морфобиоптатах миокарда; – накопление радиофармпрепарата в миокарде при проведении ОФЭКТ с мечеными лейкоцитами или цитратом ^{67}Ga; – выявление внеклеточной жидкости при МРТ сердца с контрастированием.
4. Для миокардитического кардиосклероза характерно: – наличие «сетчатого» фиброза в морфобиоптатах миокарда; – нарушение перфузии миокарда при проведении ОФЭКТ с ^{99}Tc-тетрафосмином; – нарушение перфузии миокарда при проведении МРТ сердца с контрастированием.

Таблиц 6
Алгоритм диагностики миокардита хронического течения
1. Верификация воспаления и фиброзирования в миокарде: – эндомиокардиальная биопсия; – томосцинтиграфия сердца с радиофармпрепаратами, тропными к воспалению; – МРТ сердца с контрастированием; – ультразвуковая денситометрия; – коронарография.
2. Выявление ремоделирования и дисфункции сердца: – ЭКГ; – суточное мониторирование ЭКГ (диагностика нарушений ритма и проводимости); – ЭхоКГ (увеличение размеров сердца, систолическая и диастолическая дисфункция); – диагностика ХСН.
Анализ жалоб, анамнеза, результатов врачебного осмотра.
3. Доказательство активности иммуновоспалительного процесса и повреждения кардиомиоцитов: – кардиоспецифические ферменты и белки (КФК, ЛДГ, тропонин-Т); – маркёры воспаления (фибриноген, С-реактивный белок, сывороточный амилоид А, адгезивные молекулы, интерлейкины 1β, 6, 8, 10, ФНО-α и т.д.); – иммунологические тесты (ЦИК, IgM, G, A, кардиальный антиген, антитела к миокарду).
4. Выявление этиологических факторов: – поиск возбудителей острых и хронических инфекционных заболеваний (вирусы, бактерии, спирохеты, простейшие и т.д.) и антител к ним посредством культуральных методов, ПЦР, иммунофлюоресцентного анализа и др. – диагностика очагов хронической инфекции.

пациентов с вирусными и бактериальными миокардитами отсутствуют.

Нестероидные противовоспалительные препараты не рекомендуются для терапии пациентов с вирусными миокардитами, при тяжёлой ХСН. Применяются короткие курсы, чаще используется диклофенак, индометацин или ацетилсалициловая кислота (аспирин). После курса нестероидных противовоспалительных препаратов рекомендовано применять делагил, длительно (до 4-6 месяцев) с целью ограничения кардиосклероза.

Аутоиммунный гепатит (АИГ) – хроническое заболевание печени неизвестной этиологии, характеризующееся перипортальным или более обширным воспалением, и протекающее со значительной гипергаммаглобулинемией и появлением в сыворотке широкого спектра аутоантител. Современные представления о патогенезе АИГ предусматривают взаимодействие факторов окружающей среды, нарушения механизмов иммунной толерантности и генетической предрасположенности. Это взаимодействие индуцирует Т-клеточные иммунные реакции против антигенов гепатоцитов, что ведёт к развитию прогрессирующих некрвоспалительных и фибротических изменений в печени.

АИГ рассматривается как относительно редкая болезнь: его распространённость в Европе и США составляет 3-17 случаев на 100 тыс. населения, а ежегодная заболеваемость – 0,1-1,9 случаев на 100 тыс. Таким образом, в РФ количество этих пациентов, по приблизительным подсчётам, составляет 10-20 тыс. Это сопоставимо с распространённостью других аутоиммунных заболеваний – первичного билиарного цирроза, системной красной волчанки, миастении гравис и др. По данным европейской и североамериканской статистики, больные АИГ составляют до 20% всех больных хроническим гепатитом. «Криптогенный» цирроз, развившийся через несколько лет после дебюта «гепатита неуточнённой этиологии», при целенаправленном обследовании во многих случаях демонстрирует определённые признаки АИГ.

Скрининг

Скрининговое обследование на АИГ не проводится ввиду относительной редкости заболевания и отсутствия надёжных скрининговых маркёров. Вместе с тем АИГ следует включать в круг дифференциального диагноза в случаях любого гепатита неуточнённой этиологии, а также известной этиологии при атипичном течении, принимая во внимание возможность развития пере-

При наличии циркулирующих иммунных комплексов, у больных с миокардитом возможно проведение иммунокорригирующей терапии (сеансы плазмафереза).

При хроническом миокардите возможно лечение, направленное на улучшение метаболических процессов в миокарде: внутривенное введение поляризующей (глюкозо-инсулин-калиевой) смеси, препаратов калия (панангин, аспаркам), рибоксин, АТФ, предуктал-МВ.

Течение миокардитов вариабельно, как

и его клиника. Восстановление более медленное, если в клинике доминируют признаки СН, заболевание принимает хроническое течение и улучшение обычно происходит в течение нескольких месяцев. Если развитие миокардита сопровождается более тяжёлым нарушением функции ЛЖ (снижение ФВ < 35%, выраженная дилатация ЛЖ), прогноз менее благоприятный. Пациенты, перенёсшие различные клинико-патогенетические формы миокардита, должны непременно находиться

под диспансерным наблюдением в зависимости от формы и стадии заболевания не менее 1-2 лет.

Михаил ГУРЕВИЧ,
доктор медицинских наук,
профессор.

**Кафедра терапии факультета
усовершенствования врачей Московского
областного научно-исследовательского
клинического института
им. М.Ф.Владимирского.**

Диагностика и лечение аутоиммунного гепатита

Национальные клинические рекомендации Минздрава России

крёстных синдромов. Следует учитывать, что женщины болеют чаще мужчин (3-4:1).

Диагностика

Диагностические критерии АИГ и система оценки были разработаны Международной группой по изучению АИГ (IAIGH) в 1993 г. и пересмотрены в 1999 г. (таблица 1).

Пересмотренная международная система оценки была создана специально для проведения клинических исследований, чтобы их можно было сравнивать между собой (таблица 2); также она может быть применима в диагностически неясных случаях, когда описательных критериев, приведённых в таблице 1, недостаточно (Уровень В).

В оценочную систему включён ответ на иммуносупрессивную терапию, и этот показатель можно интерпретировать как до, так и после лечения. Если сумма баллов до лечения составила 10 и выше, после лечения – 12 и выше, то можно говорить о «вероятном» АИГ. Суммарный показатель до лечения 10 баллов имеет чувствительность 100%, специфичность – 73% и диагностическую точность – 67%. Суммарный показатель до лечения 15 баллов свидетельствует об «определённом» АИГ: чувствительность – 95%, специфичность – 97%, чувствительность – 94%.

В 2008 г. были предложены упрощённые диагностические критерии АИГ, включающие наличие аутоантител, повышение сывороточного IgG, гистологические признаки и отсутствие маркёров вирусных гепатитов (таблица 3). Следует принимать во вни-

мание, что, с одной стороны, выбранные показатели характеризуются довольно высокой чувствительностью и специфичностью, с другой – «укороченный перечень» повышает вероятность диагностической ошибки, как, например, в случае алкогольного или лекарственного гепатита (Уровень С).

Клинические, лабораторные и гистологические критерии

Для установления диагноза АИГ необходимо наличие определённых клинических и лабораторных признаков, а также исключение других причин, которые могут вызывать развитие хронического гепатита или цирроза печени. Необходимо уточнить количество потребляемого алкоголя и применение гепатотоксичных препаратов. При оценке лабораторных показателей следует обратить внимание на изменения в показателях АЛТ, АСТ, ЩФ, уровня альбумина, γ-глобулинов, IgG и билирубина. АИГ может протекать бессимптомно в 34-45% случаев. Как правило, эти пациенты – мужчины, уровень АЛТ у них значительно ниже в момент дебюта заболевания, чем у пациентов с клиническими проявлениями. Гистологические изменения, включая частоту перехода в цирроз, одинаковы как у бессимптомных больных, так и у пациентов с клиническими проявлениями. Учитывая

тот факт, что у 70% бессимптомных пациентов в дебюте по мере прогрессирования болезни развиваются клинические проявления, эта группа должна находиться под тщательным наблюдением.

Рекомендуется проведение биопсии печени в дебюте болезни всем больным как для постановки диагноза, так и для принятия решения о проведении терапии. В случае острого дебюта отсутствие гистологических данных не должно быть препятствием для начала терапии. Основным гистологическим признаком АИГ является межучотный (перипортальный) гепатит, к типичным признакам также относятся лимфоплазмацитарную инфильтрацию. Необходимо отметить, что специфических гистологических признаков АИГ не существует, и отсутствие плазмацитарной инфильтрации не исключает диагноз. В инфильтрате могут присутствовать эозинофилы; наблюдаются ступенчатые, мостовидные, мультилобулярные некрозы. Портальные повреждения обычно не затрагивают жёлчные протоки, гранулёмы встречаются редко. Иногда встречаются центролобулярные (в 3-й зоне ацинуса) повреждения. При всех формах заболевания присутствует выраженный в той или иной степени фиброз.

(Окончание следует.)

Таблица 2
Международная система оценки для диагностики АИГ (IAIGH, 1999 г.)

Пол	Женский	+2
Соотношение ЩФ : АСТ (или АЛТ)	>3 <1,5	-2 +2
Уровень γ-глобулинов или IgG выше нормы	>2,0 1,5-2,0 1,0-1,5 <1,0	+3 +2 +1 0
Титр ANA, SMA или анти-LKM-1	>1:80 1:80 1:40 <1:40	+3 +2 +1 0
AMA	Положительные	-4
Маркёры вирусных гепатитов	Положительные Отрицательные	-3 +3
Приём гепатотоксических препаратов	Да Нет	-4 +1
Употребление алкоголя	< 25 г/день > 60 г/день	+2 -2
HLA	DR3 или DR4	+1
Другие аутоиммунные заболевания	Тиреодит, язвенный колит и др.	+2
Другие маркёры	Анти-SLA, антиактиновые, анти-LC1, pANCA	+2
Гистологическая картина	Межучотный (перипортальный) гепатит Лимфоплазмацитарная инфильтрация со значительным количеством плазматических клеток «Розетки» Ничего из перечисленного Повреждение жёлчных протоков Другие признаки	+3 +1 +1 -5 -3 -3
Ответ на лечение	Полный Рецидив	+2 +3
Сумма баллов, определяющая диагноз		
До лечения Определённый Вероятный		>15 10-15
После лечения Определённый Вероятный		>17 12-17

Таблица 1

Диагностические критерии АИГ (IAIGH, 1999 г.)

Критерии	Определённые	Возможные
Гистологическая картина печени	Перипортальный гепатит с умеренной и выраженной активностью с лобулярным гепатитом или без него, либо с наличием центропортальных мостовидных некрозов, но без поражения жёлчных протоков, чётко определяемых гранулём или других заметных изменений, предполагающих другую этиологию	Аналогично «определённым»
Биохимические сдвиги	Повышение активности сывороточных аминотрансфераз сыворотки, особенно (но не исключительно) при незначительном повышении ЩФ. Нормальное содержание в сыворотке α1-антитрипсина, меди и церулоплазмина	Аналогично «определённым», но могут быть включены больные с изменённым содержанием меди или церулоплазмина, если соответствующими исследованиями исключена болезнь Вильсона
Сывороточные иммуноглобулины	Общие глобулины, или γ-глобулины, или IgG более чем в 1,5 раза выше нормального уровня	Любое повышение уровня общих глобулинов, или γ-глобулинов, или IgG
Сывороточные аутоантитела	Серопозитивность по ANA, SMA или анти-LKM-1 в титре более 1:80. Низкие титры (особенно по анти-LKM-1) могут быть у детей. Серонегативность по AMA	Аналогично «определённым», но титр более 1:40. Могут быть включены пациенты серонегативные по этим антителам, но позитивные по другим специфическим антителам
Вирусные маркёры	Серонегативность по маркёрам вирусов гепатита А, В и С	Аналогично «определённым»
Другие этиологические факторы	Потребление алкоголя менее 25 г/сут. В анамнезе нет недавнего приёма гепатотоксичных препаратов	Потребление алкоголя менее 50 г/сут, нет сведений о недавнем применении гепатотоксических лекарств. Могут быть включены пациенты, которые употребляли большее количество алкоголя и потенциально гепатотоксические препараты, если доказано повреждение печени после отказа от алкоголя и отмены лекарств

Продолжая наш разговор об исторических, правовых и био-медицинских аспектах искусственного аборта (см. «МГ» № 49 от 06.07.16 и № 64 от 26.08.16), рассмотрим ещё одну крайне важную тему – медицинские показания к прерыванию беременности. Здесь опять же сталкиваются две полярные позиции – консервативная и либеральная. Можно ли хотя бы в какой-то степени примирить их, по крайней мере, найти точки соприкосновения? Это мы тоже обсуждали со студентами-медиками на занятиях по пренатальной педагогике и психологии, проходивших в течение 18 лет в Московском государственном медико-стоматологическом университете им. А.И.Евдокимова.

Или/или – вот в чём вопрос

Смягчающим обстоятельством является случай, когда развитие плода подвергает прямой угрозе жизнь матери (особенно при наличии у неё других детей). Тогда прерывание беременности – вынужденная мера. Не цель хирургического вмешательства, а его побочный и, к сожалению, неизбежный результат. Здесь реализуется древний принцип: «Из двух зол выбирают меньшее».

Скажем, при обследовании у беременной обнаружена множественная миома матки или рак шейки матки. Терапевтическое лечение уже неэффективно. Проводить химиотерапию или облучать пациентку при наличии живого человека у неё в чреве – жестоко и безумно. Поэтому остаётся удалить матку вместе с эмбрионом. Всё-таки это лучше, нежели отказ от операции и заведомая гибель обоих людей.

Подобным образом дело обстоит при внематочной беременности. Самой природой не предусмотрено, чтобы плод развивался вне матки. Это грозит серьёзными осложнениями. Что остаётся? Пока не изобретены более щадящие методы лечения, приходится удалять маточную трубу или часть матки вместе с маточной трубой.

Однако медицинские показания к прерыванию беременности не следует толковать произвольно. К ним не относятся заболевания матери, лечение которых не требует аборта. Необходимо помнить также о материнском самопожертвовании.

История россиянки, родившей пятерых дочек-близнецов в ноябре 2007 г., стала настоящей сенсацией и облетела весь мир. Московские врачи настаивали на «частичном аборте» – удалении 2-3 эмбрионов с тем, чтобы сохранить жизнь и здоровье остальных. Но глубоко верующие супруги категорически отказались от таких услуг. Мать решительно заявила: «Скорее умру я, чем мои дети».

Пришлось искать помощи за границей. Деньги на поездку и оплату лечения в Великобритании дали благотворители. 29-летней маме сделали кесарево сечение в Оксфордской клинике им. Джона Редклиффа. Все новорождённые чувствовали себя удовлетворительно. Вес каждого – примерно 850-900 г.

Глубоко убеждён: если женщина детально информирована о последствиях своей болезни, но твёрдо решила оставить ребёнка, никто не имеет права принуждать её к аборту. Этот выбор требует немалого мужества и терпения. Разумеется, нужно учитывать и мнение отца. Но последнее слово остаётся именно за матерью.

Заложники врачебных ошибок

Нередко врачи советовали прервать беременность, а женщины отказывались и всё-таки рожали малышей – здоровых или с какими-либо отклонениями. К тому же медико-генетическое консультирование и дородовая диагностика, увы, не застрахованы от ошибок. Тогда неверно поставленный диагноз становится смертным приговором для зачатого малыша. Разговор

Продолжаем разговор

Отнимая у смерти её «добычу»

О медицинских показаниях к аборту



Часто выбор женщины требует немалого мужества

об этом, конечно, нелегко. Но цель не в том, чтобы унижить и очернить наших коллег, а в том, чтобы привлечь внимание к острой проблеме и постараться её решить.

Иногда медики путают беременность с онкологическими заболеваниями и потом горько шутят: «опухоль» оказалась с ручками и ножками... Ещё пример: УЗИ показало внематочную беременность. Спустя месяц выяснилось, что беременность всё-таки нормальная, ещё спустя четыре – что будущая мама ждёт аж двух малышей. А в итоге родилась тройня!

У другой женщины на УЗИ выявили гидроцефалию плода. Дополнительных обследований для подтверждения диагноза врачи назначить не удосужились. Такие дети обычно умирают после рождения. Выдержав немалое давление близких, мать родила... здоровую дочку. Оказалось, что у девочки ещё в утробе выросли длинные волосы. Они плавали в околоплодной жидкости и на УЗИ создавали впечатление гигантской головы.

Поразительно, но многие из нас появились на свет вопреки предупреждениям, сомнениям и советам медиков! Расспросите своих родных и знакомых. Зачастую сбывается горький афоризм: «Больной выжил, несмотря на старания врачей».

Очевидно, при диагностике какой-либо патологии у матери или плода врач не имеет права давать никаких директивных указаний, а только предоставить беременной женщине или супругам (партнёрам) полную и объективную информацию для принятия окончательного решения. Пренатальная диагностика и особенно искусственный аборт должны проводиться без давления врачей и исключительно с согласия женщины (супруга, партнёра). Если по религиозным соображениям беременность не может быть прервана, этот выбор людей нужно уважать.

Итак, когда доктор или родственники настаивают на аборте, диагнозы следует обязательно перепроверить у других специалистов. Однако не будем огульно обвинять коллег в халатности, несамостоятельности, самоуверенности, безграмотности и, тем паче, в злонамеренности. Слава Богу, многие врачи являются добросовестными и подлинными мастерами своего дела. Но даже им необходимо постоянно повышать квалификацию в системе непрерывного профессионального образования. Вспомним библейскую

мудрость: «Кто думает, что он знает что-нибудь, тот ничего ещё не знает так, как должно знать».

Взвесим «за» и «против»

Особая тема разговора – ситуация, когда мать здорова, а эмбрион болен. Здесь возникает множество разных коллизий и недоумений.

На мой взгляд, нет принципиальной разницы между убийством нерождённого и новорождённого человека. Мы же не убиваем уже детей, родившихся с синдромом Дауна! С точки зрения юриспруденции, эмбриону нельзя вменить никакой вины. Было бы несправедливо умерщвлять его только за то, что он болен. Это фашизм, самая грубая селекция. Обнаружение какой-либо патологии у плода не даёт морального (именно морального!) права на аборт.

Что сказать о хронической алкоголичке, отравившей своё дитя? Почему ребёнок должен расплачиваться жизнью за бесшабашные мамами? А платит, как правило, именно он.

Для верующих людей всех традиционных религий исключительно важно, что рождение и воспитание ребёнка-инвалида – тяжёлый, но спасительный для души крест. Недаром в народе говорят: «Бог дал детей – даст и на детей». Если же мать или отец сбрасывают с себя это бремя, им попускаются гораздо более тяжкие страдания. Многочисленные осложнения после аборта считаются расплатой за смертный грех детоубийства. Консультируя пациентов, автор этих строк неоднократно слышал подобные признания. Да и любой опытный гинеколог это подтвердит.

Надо рассчитывать и на дальнейший прогресс медицины, развивающейся семимильными шагами. Кто из нас даст руку на отсечение, что через 5-10-15 лет учёные не научатся лечить или хотя бы корректировать заболевания, неизлечимые сегодня? Но кому помогать, если ребёнка уже нет в живых? Кроме того, совершаются и чудесные, научно необъяснимые исцеления.

Зачастую приводят расхожий аргумент: ребёнок должен быть желанным! Но малышу никому ничего не должен и не обязан заслуживать родительскую любовь. Он не просил о своём зачатии. В конце концов, если он лишён даже права на жизнь, то тем более не имеет и никаких обязанностей!

А как же быть при заболеваниях, входящих в список официальных показаний к аборту? Когда на наших

семинарских занятиях со студентами-медиками мы подходили к этому вопросу, возникали жаркие споры. На мой взгляд, решение столь неординарной проблемы возможно тремя путями: профилактикой заболеваний, внутриутробным лечением и последующей специализированной помощью. Рассмотрим подробнее.

«Подстилать соломку»

Когда меня спрашивают о краснухе, я отвечаю: «Вы боитесь краснухи? Правильно делаете. Это действительно угрожает плоду, но только в первые 3 месяца. После этого вирус не столь пагубно или даже вовсе не действует на плод. Поэтому диагноз «краснуха» – не смертный приговор».

Вспомним, как издревле постипали на Руси. Если у кого-нибудь появлялись симптомы краснухи, то всех молодух (а так называли нерожавших девиц) свозили в это село, в эту избу, и они сидели там часа два, пили чай. Каждая из них подхватывала инфекцию. А если женщина в молодости переболела краснухой, то заболевание не страшно плоду её чрева. Так народ опытным путём дошёл до того, что в XX столетии назвали иммунитетом и вакцинацией.

Сейчас разработана довольно эффективная и безопасная вакцина против краснухи, а также гепатита В и других опасных для плода болезней. Если же по ошибке или неведению вакцинацию провели беременной женщине, то это показание не к аборту, а к тщательному наблюдению. Недаром разрабатываются методики прогнозирования внутриутробной инфекции. Сегодня появляется шанс узнать наверняка, заражён плод или нет.

Итак, необходимо правильно, с соблюдением инструкции делать прививки. Подчёркиваю: обязательно из качественных, сертифицированных материалов. Иначе профилактика заболеваний станет благим намерением, ведущим в ад. Как это ни банально звучит, следует «подстилать соломку»: вести здоровый, разумный образ жизни, правильно готовиться к родам, избегать тератогенных факторов...

Из чрева смерти

Современные методы лечения позволяют выхаживать младенцев весом от 500 г и принимать роды даже у тех, кто почти весь срок беременности пролежал в коме! Благодаря прогрессу медицинской науки, пройден путь от предложения стерилизовать супругов или рекомендовать им воздерживаться от деторождения до внутриматочной реанимации и терапии плода.

Талантливый акушер-гинеколог с мировым именем, академик РАН Лейла Адамян, справедливо полагает, что репродуктивная медицина должна всё более концентрироваться на эмбрионе и плоде как на полноправном пациенте. Коррекция врождённых генных нарушений, фетальная хирургия, чреспуповинная гемотрансфузия, инъекции препаратов в амниотическую полость открывают невиданные доселе возможности. Гуманизация и эффективность такой помощи значительно уменьшают число осложнений, ведущих к инвалидности с детства.

Так, при острой гипоксии и дистрессе плода показана амниоинфузия под ультразвуковым контролем. А для супружеской пары, имеющей

в анамнезе потерю ребёнка из-за тяжёлой формы гемолитической болезни (фетального эритроblastоза), современные методы лечения (в том числе внутриутробное переливание донорской крови плоду) – единственная возможность донести и родить младенца.

«Дети солнца»

На наших семинарах со студентами-медиками постоянно поднимался вопрос и об отношении к синдрому Дауна. Но посмотрите на больных, не оставленных родителями в беде. Они более социализированы, способны к общению, играют в шахматы, заучивают длинные монологи, снимаются в кино... Есть даже «Театр Простодушных»! От двух супругов, страдающих этим заболеванием, не рождается ребёнок с синдромом Дауна!

По мнению директора московского Центра лечебной педагогики Р.Дименштейна, «бесперспективных» детей нет: «Если ребёнка с синдромом Дауна не обучать, он живёт намного меньше. А врачи, работающие у нас, вынуждены перестраиваться. Они видят, что бывает, если с ребёнком занимаются».

Кстати, на Западе таких больных усыновляют, или они живут в особых интернатах в среднем 60-65 лет. С ними работают ведущие специалисты и добиваются поразительных успехов. Степень проявления наследственных дефектов зависит не только от генетики, но также от условий среды обитания, грамотного воспитания и психологической поддержки. Отродно видеть, как тяжёлый недуг отчасти побеждается любовью и мудростью неравнодушных людей.

И внутренний мир психически недееспособного человека развивается по своим, неведомым нам законам. Несмотря на ущербность, такие люди испытывают радость и счастье, хотя мы на их месте зачастую горевали бы. Доброта, отзывчивость, детская наивность и улыбочность – эти черты личности словно скафандр, который природа надевает на хрупкую, ранимую душу, защищая от зла мира сего. Кстати, искренность и доброжелательность присущи далеко не всем, так сказать, нормальным людям.

А к чему ведёт селекция эмбрионов по принципу «здорового оставляем, больного – убиваем»? К тому, что у нас не будет нового Гомера. Величайший поэт античности, автор «Илиады» и «Одиссеи» – слепорождённый. Родись он в Спарте, его сбросили бы в пропасть, подобно другим калекам. Но именно он воспел победу ахейцев над троянцами в Троянской войне!

Если бы в XIX веке люди руководствовались лозунгом «зачем плодить эпилептиков», у нас не было бы Достоевского и Ван Гога. И вообще гениальность порой сопряжена с помешательством. Многие великие люди страдали наследственными психическими расстройствами, что в наше время могло бы послужить основанием для аборта.

Да, лечебно-коррекционные мероприятия дорогостоящие. Убить (простите: элиминировать плод!) гораздо дешевле. Но если мы хотим жить в правовом государстве и заботимся о сохранении народа, такой подход недопустим!

В интервью «МГ» «Акушерство и гинекология – это не специальность, это судьба» Лейла Адамян блестяще сформулировала суть и решение обсуждаемой проблемы: «К абортam я отношусь исходно очень плохо. Это преступление в том плане, что наносится колоссальный вред организму... Ни один цивилизованный человек не может относиться к этому положительно... Дело государства и акушеров-гинекологов – предостерегать от наступления незапланированной беременности, а в случае наступления мотивировать женщин на её продолжение».

Кто с этим поспорит?

Константин ЗОРИН,
доцент кафедры общей психологии
МГМСУ им. А.И.Евдокимова,
кандидат медицинских наук.

Нынешний год весьма примечателен для отечественной отрасли с «респираторной» точки зрения: в нашей стране впервые начали прививать против пневмококковой инфекции людей в возрасте от 60 лет, страдающих хроническими заболеваниями органов дыхания. Данная категория пациентов находится в зоне особого риска: риск смерти от пневмонии и её осложнений достигает 35%. Что характерно, Всемирная организация здравоохранения считает единственным способом повлиять на заболеваемость и смертность от пневмококковой инфекции вакцинацию всех возрастных групп населения.

На федеральном уровне

Таким образом, вакцинация лиц в возрасте от 60 лет, страдающих хроническими заболеваниями лёгких, в июле нынешнего года включена Минздравом России в Национальный календарь профилактических прививок по эпидемическим показаниям. Это следующий шаг в борьбе с распространением пневмококковой инфекции в России: с 2014 г. в Национальный календарь прививок включена вакцинация от этой инфекции детей первых 2 лет жизни.

Как известно, пожилые люди и дети дошкольного возраста – самые уязвимые перед пневмококковой инфекцией группы населения. Наряду с болезнями дыхательной системы в группу риска также включены пациенты с хроническими патологиями сердечно-сосудистой системы, сахарным диабетом 2-го типа и онкологическими заболеваниями.

«По сути, вакцинация от пневмококковой инфекции рекомендуется всем людям от 65 лет и старше. По оценке ВОЗ, в группе высокого риска возникновения пневмококковой инфекции находится пятая часть взрослого населения планеты, и всем им необходимо получить прививку для снижения риска», – полагает главный терапевт-пульмонолог Минздрава России академик РАН Александр Чучалин.

Мал, да удал

Пневмококковая инфекция признана ВОЗ самой опасной из всех болезней, которые можно предупредить вакцинацией. До последнего времени (до того, как была внедрена массовая вакцинация) ежегодно от пневмококковой

инфекции в мире погибало более 1,5 млн человек. В настоящее время выделено более 95 серотипов пневмококков (*S. pneumoniae*). «Пятая часть из них обладает быстрой приспособляемостью и высокой устойчивостью ко многим современным антибактериальным препаратам. Пневмококковая инфекция вызывает не только поражение респираторного тракта,

раз, нежели у молодых людей. У последних этот риск оценивается в 5-7%. Наиболее тяжело внебольничные пневмонии протекают у лиц старше 60 лет на фоне таких сопутствующих хронических патологий, как онкологические и гематологические заболевания, сахарный диабет 2-го типа, болезни сердца и сосудов, почек и печени, а также хронической обструк-

ному исходу. А от пневмококкового менингита в России умирает 60% заболевших взрослых в возрасте старше 65 лет.

Выход один

Конечно же, в силу ряда объективных причин, эффективно вести пациентов с заболеванием, вызванным пневмококками, сложно.

Врач и пациент

С максимальным охватом

Вакцинация – наиболее эффективный путь в борьбе с респираторной инфекцией

но и менингит, инфекции среднего уха, синусит и нередко приводит к сепсису. Пневмококковая инфекция обнаруживается у 70% жителей земли, причём они зачастую являются только носителями, заражая других людей, а у самих пневмококк в организме остаётся в неактивной форме», – комментирует А.Чучалин.

Примечательно, что именно пневмококк играет первостепенную роль в качестве возбудителя пневмонии. Об этом свидетельствуют Федеральные клинические рекомендации по вакцинопрофилактике пневмококковой инфекции, утверждённые в апреле минувшего года Национальной ассоциацией специалистов по контролю инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (НАСКИ). В России из 500 тыс. случаев пневмонии в год до 76% имеют пневмококковую этиологию.

В мире же, по данным ВОЗ, самой частой клинической формой пневмококковой инфекции у взрослых также является пневмония, она развивается в 65% случаев, другими формами являются сепсис и менингит. Пневмококк служит причиной 20% обострений хронического бронхита.

Разумеется, у пожилых пациентов с пневмонией риск смерти от неё и её осложнений выше в 3-5



Вакцинация – путь к здоровью

тивной болезни лёгких (ХОБЛ). «Особенно опасна инфекция для пациентов с ХОБЛ: эта категория больных составляет 20-25% среди всех госпитализированных пациентов с внебольничной пневмонией. 10% пациентов умирают в течение месяца», – констатирует А.Чучалин.

Пневмония, вызванная пневмококком, усугубляет также течение хронических сопутствующих патологий и может привести к леталь-

К сожалению, далеко не всегда помогают антибиотики: многие пневмококки имеют «прочную» резистентность к антибактериальным препаратам широкого спектра действия, наиболее часто назначаемым врачами. Особенно это опасно для пациентов с сопутствующими хроническими заболеваниями. На то, чтобы определить чувствительность к антибиотикам, требуется время, а для таких больных опасно промедление в эффективном лечении.

Единственным способом повлиять на заболеваемость и смертность от пневмококковой инфекции ВОЗ считает вакцинацию. В мире для предупреждения заболеваний, вызванных пневмококком, применяются вакцины двух типов – полисахаридные (пневмококковая полисахаридная 23-валентная вакцина) и конъюгированные (пневмококковые конъюгированные вакцины).

Российские федеральные клинические рекомендации разрешают к применению у взрослых в возрасте 50 лет и старше инактивированную пневмококковую конъюгированную 13-валентную вакцину. Эффективность этой вакцины у взрослых в возрасте 65 лет и старше доказана крупномасштабным исследованием на территории США и Европейского союза. На его основании ВОЗ, Европейским медицинским агентством, Американским центром по контролю за заболеваниями, Американским комитетом по практике иммунизации, Междисциплинарным советом экспертов РФ рекомендовано начинать вакцинацию взрослых против пневмококковой инфекции с инактивированной пневмококковой конъюгированной 13-валентной вакцины. При этом все взрослые в возрасте старше 65 лет подлежат вакцинации против пневмококковой инфекции вакцинами ПКВ13 и ППВ23.

Иммунизацию против пневмококковой инфекции можно проводить в течение всего года. Однако, согласно рекомендациям ВОЗ, лучше всего это делать перед началом сезона ОРВИ и гриппа. Наиболее часто пневмококковые инфекции регистрируются зимой и ранней весной. Оптимально иммунизацию против пневмококковой инфекции проводить одновременно с массовой вакцинацией против гриппа, утверждают Федеральные клинические рекомендации по вакцинопрофилактике пневмококковой инфекции.

«Сегодня есть необходимость вырабатывать среди населения приверженность к вакцинопрофилактике – как к эффективному способу борьбы с инфекционными заболеваниями, который уже давно доказал свою эффективность», – считает заместитель министра здравоохранения РФ Сергей Краевой. – По данным ВОЗ, только благодаря проведению массовой иммунизации, удалось увеличить продолжительность жизни на планете на 20-30 лет. Ежегодно иммунизация спасает более 2 млн жизней. Чем выше приверженность к вакцинопрофилактике, тем выше культура нации».

Марк ВИНТЕР.

Тенденции

Ни в одной из 32 центральных больниц сельских районов Омской области никогда прежде не проводились операции по эндопротезированию. Такие высокотехнологичные оперативные вмешательства, считалось, – прерогатива хирургов клиник Омска. Теперь же, когда в ЦРБ городка Тара, что на севере Прииртышья, выполнены не одна, а сразу две операции по замене тазобедренных суставов на искусственные, эндопротезирование, в том числе и тотальное, станут осваивать и в других районных лечебно-профилактических учреждениях.

Правда, операции в Таре были проведены под руководством специалистов Омского областного клинического медико-хирургического центра – заместителя главного врача центра по травматологии Михаила Гегера и травматолога-ортопеда Александра Тютюнникова. Но все последующие тарский врач травматолог-ортопед Михаил Савельев будет проводить уже без подстраховки омских коллег. К слову, Михаил Владимирович занял в этом году второе место в областном конкурсе «Лучший врач года» в номинации «Лучший

Дома и стены лечат

Эндопротезирование проводится и в ЦРБ



Первые две операции по эндопротезированию успешно проведены в ЦРБ Тарского района Омской области

травматолог». Сейчас, выходит, он подтвердил это высокое звание, успешно справившись, пусть и под сторонним наблюдением, с технологически сложными операциями, инициированными главным врачом центра Вадимом Бережным.

– Сегодня уровень омской медицины полностью соответствует европейским стандартам, – отзывался на событие в Таре Вадим Григорьевич. – Четыре-пять лет назад мы начали проводить высокотехнологичные операции у себя в КМХЦ, освободив таким образом омичей от необходимости ездить в другие города для эндопротезирования. И мне приятно осознавать, что Тарская центральная районная больница полностью готова передать эстафетную палочку. Могу с уверенностью сказать – это мощная современная больница со своими традициями, хорошим техническим оснащением и очень

сильными специалистами. Тарской ЦРБ получена лицензия на оказание высокотехнологичной медицинской помощи. Поэтому, уверен, в скором времени здесь будут выполняться такие операции в полном объёме. И жителям северных районов не придётся ездить в Омск. Согласитесь, когда человек оперируется у себя в родном городе, когда рядом находятся родственники, которые могут помочь в восстановлении после оперативного вмешательства, выздоровление будет идти гораздо быстрее...

И правда, от Тары до областного центра 300 км – не очень-то наездишься проехать, оказать поддержку прооперированному родному или близкому человеку. А дома, известно, и стены лечат. Да и нагрузка на омских врачей травматологов-ортопедов снизится. А она увеличивается с каждым годом. Если, скажем, они выполнили в 2014 г. 663 операции по замене поражённых суставов на искусственные, то в нынешнем – уже 871. Так что у эндопротезирования в районных больницах большое будущее.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
собр. корр. «МГ».

Омск.

Акценты

Экономика здоровья

Как оптимизировать расходы на лекарственную терапию?

В условиях ограниченного финансирования остро встаёт вопрос об оптимизации бюджета здравоохранения. Значительная часть этих средств тратится на лекарственное обеспечение, но зачастую они расходуются неэффективно. Для того чтобы нужное лекарство «нашло» своего пациента, необходимо прежде всего определить оптимальное соотношение затрат и результатов лечения, провести комплексную оценку препарата с точки зрения его эффективности, безопасности и стоимости. Об этом говорили участники «круглого стола», состоявшегося в Москве.

Сегодня применение фармакоэкономических исследований становится одним из важнейших инструментов в обеспечении обоснованности принятия решений в выборе наиболее эффективных лекарственных средств и методов терапии. Заведующая кафедрой организации лекарственного обеспечения и фармакоэкономики, заведующая лабораторией фармакоэкономических исследований НИИ фармации Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, профессор Роза Ягудина представила примеры фармакоэкономических исследований в различных нозологиях, которые показывают, что лечить неэффективными препаратами пациентов очень дорого. Она отметила: «Если мы заинтересованы в том, чтобы наше население жило долго и более качественно, мы должны обязательно инвестировать в эффективную лекарственную терапию».

При этом и регуляторов рынка лекарств, и самих врачей беспо-

коит удорожание препаратов. Но способы сэкономить бюджетные средства системы здравоохранения всё-таки есть.

Ольга Шаталова, ассистент кафедры клинической фармакологии и интенсивной терапии с курсами клинической фармакологии факультета усовершенствования врачей, клинической аллергологии ФУВ Волгоградского государственного медицинского университета, рассказала, что на сегодняшний день правительство разработало целый ряд программ для повышения эффективности бюджета здравоохранения. И в концепции развития здравоохранения до 2020 г. и в Стратегии лекарственного обеспечения населения РФ до 2025 г. лекарственное обеспечение является одной из самых важных задач. Повышение качества и доступности медицинской помощи, гарантированной населению РФ, обозначены как приоритетные цели развития здравоохранения. Однако в сфере лекарственного обеспечения реализовать поставленные цели эффективно не всегда удаётся.

Эксперт отметила, что одним из путей повышения эффективности расходования средств может быть включение в перечни жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов и обеспечения необходимыми лекарственными средствами эффективных и, в первую очередь, безопасных препаратов, преимущества которых подтверждены фармакоэкономическими исследованиями.

– Анализ показывает, что если мы пролечим современными антикоагулянтами тысячу пациентов с тромбозомболическими осложнениями, то сможем сэкономить около 3 млн руб. На эти деньги можно дополнительно пролечить

около 100 пациентов, – привела пример О.Шаталова.

В свою очередь Константин Попугаев, руководитель Центра анестезиологии и реанимации Гематологического научного центра федерального медицинского биофизического центра им. А.И.Бурназяна ФМБА России, сообщил, что в современных условиях в клинике низкая цена является определяющей при закупке препаратов. По его словам, закупка препаратов на основании только цены не учитывает возможные побочные действия для конкретного пациента и лишает врача возможности назначить эффективную терапию с учётом индивидуальных особенностей пациента.

Илья Тимофеев, исполнительный директор Российского общества клинической онкологии (RUSSCO), отметил серьёзный

прогресс в области онкологии, связанный с профилактикой и ранней диагностикой злокачественных новообразований. Среди возможностей оптимизации бюджета эксперт, в первую очередь, назвал включение в перечни таргетных препаратов, а также ЛС, которые хорошо зарекомендовали себя на практике, и сейчас дают врачам выбор при назначении лечения.

Другая проблема – отсутствие молекулярной диагностики в стандартах. «Сегодня онкология становится молекулярной, соответственно, нам важно персонализировать терапию. В стандарты должна войти молекулярно-генетическая диагностика для определения мутаций в опухолях, и препараты, которые целенаправленно влияют на эти молекулярные мишени. Это позволит более эффективно использовать бюджет», – считает эксперт.

Кстати

В случае кризиса

Самые необходимые резервы для страны, по мнению россиян, – это медикаменты, их значимость отметили 99% респондентов. Таковы данные опроса Всероссийского центра изучения общественного мнения (ВЦИОМ).

При этом 96% опрошенных убеждены, что именно продуктами, лекарствами и товарами первой необходимости государство должно обеспечивать население в случае возникновения кризисной ситуации. На помощь своей страны в случае беды рассчитывают 48% россиян, не надеются на поддержку государства 20% граждан, принявших участие в опросе.

– По результатам исследования мы отмечаем возрастающий социальный запрос населения на защитные функции со стороны государства, – отметил руководитель Управления социально-политических исследований ВЦИОМ Кирилл Родин. – При этом на фоне высоко оцениваемых россиянами рисков возникновения кризисных ситуаций в различных областях жизнедеятельности возрастает и значимость публичной роли Росрезерва как инструмента, купирующего распространение подобных страхов и укрепляющего уверенность россиян в завтрашнем дне.

Анна КРАСАВКИНА.

Статистика

Согласно данным розничного аудита DSM Group, объём коммерческого рынка ЛП в июле 2016 г. составил 44,3 млрд руб. (с НДС). По сравнению с июнем ёмкость рынка снизилась на 7,6%.

Затишье летнего периода, как правило, сопровождается для отечественного фармрынка снижением спроса на лекарства. Так, в 2015 г. спад потребления ЛП в июле относительно июня составил 6,3%. А в 2013 и 2014 гг. потребление лекарств в июле немного росло.

Сокращение коммерческого рынка лекарств за первые семь месяцев 2016 г. относительно аналогичного периода 2015 г. в рублёвом эквиваленте составило 2,3%. В натуральных единицах измерения ёмкость рынка в июле 2016 г. составила 304,5 млн упаковок, что на 4,7 меньше, чем в июле 2015 г.

Средняя стоимость упаковки ЛП в июле 2016 г. снизилась на 3% по сравнению с июнем, составив 145,6 руб. Если сравнивать среднюю стоимость упаковки лекарств во втором летнем месяце 2016 г. с июлем 2015 г., то следует отметить рост цены на 6,6%.

Согласно индексу Ласпейреса, в течение июля 2016 г. цены в рублях снизились на 2,9%. В долларовом выражении индекс цен вырос на 0,01%. Всего же с начала года инфляция цен на лекарства в аптеках страны составила + 2,6% в рублёвом выражении и 8,6% в долл.

Структура коммерческого рынка ЛП в июле 2016 г. по ценовым секторам кардинально не изменилась

Летний штиль



по сравнению с аналогичным периодом прошлого года. Неизменным трендом последнего времени являлось постепенное сокращение доли «недорогих лекарств» (средняя стоимость упаковки которых ниже 150 руб.) и увеличение удельного веса «дорогих препаратов» (со средней стоимостью упаковки выше 150 руб.). В июле 2016 г. доля лекарств нижнего ценового сегмента не изменилась относительно июня, составив 6,4%. Средняя стоимость упаковки при этом уменьшилась на 2,8% и составила 20,01 руб./упак.

По итогам июня 2016 г. 57% препаратов, реализованных на рынке,

являлись отечественными (в натуральных единицах измерения), однако в виду своей невысокой цены относительно импортных лекарств, в стоимостном выражении они занимали лишь 26%.

Следует отметить, что по отношению к июлю 2015 г. структура коммерческого рынка ЛП по стране происхождения препаратов существенно не изменилась. Увеличилось присутствие лекарств отечественного производства на коммерческом рынке в стоимостном выражении на 1%, в натуральном выражении наблюдается снижение доли также на 1%.

В июле 2016 г. по отношению к июлю 2015 г. объём реализованных через аптеки упаковок лекарств уменьшился на 0,5%. Произошло это за счёт сокращения продаж упаковок российского производства, их объём реализации в июле 2016 г. снизился на 1,9% по сравнению с июлем 2015 г., объём продаж импортных ЛП, напротив, увеличился за тот же период на 1,4%.

В июле 2016 г. распределение долей лекарств рецептурного и безрецептурного отпуска в стоимостном объёме аптечных продаж было следующим: 51% – рецептурные препараты, 49% – ОТС-лекарства. В июле 2015 г. удельный вес ОТС-лекарств был меньше (47%), а Rx-препараты занимали большую долю (53%). Что касается натурального объёма потребления, то распределение долей между лекарствами в зависимости от типа отпуска существенно не изменилось относительно июля 2015 г. – 32% пришлось на Rx-препараты, а 68% – на ОТС-лекарства.

Объём российского аптечного рынка БАД в стоимостном выражении в июле 2016 г. сократился на 13% относительно июня и составил 2,2 млрд руб. В натуральном выражении объём аптечного рынка БАД во втором месяце лета уменьшился на 5,8% по сравнению с аналогичным периодом 2015 г. и составил 18 млн упаковок. Средневзвешенная цена упаковки БАД в июле 2016 г. по сравнению с июнем снизилась на 1,2% и составила 121,9 руб.

Ирина АНДРЕЕВА.

Изъяты!

Росздравнадзор предлагает субъектам обращения лекарственных средств предоставить в территориальный орган Федеральной службы сведения, подтверждающие возврат поставщикам (производителям) указанных серий лекарственных препаратов, отозванных из обращения:

– «дротаверин, раствор для инъекций 20 мг/мл, 2 мл, ампулы (10), пачки картонные», серии 030315 производства ФКП «Армавирская биофабрика», Россия, в связи с его несоответствием требованиям нормативной документации по показателям: «Описание», «Прозрачность», «Механические включения» (по решению производителя);

– «перекись водорода, раствор для местного применения 3%, 100 мл, флаконы полиэтиленовые», серий 050116, 2041115, 530316, 1350914, а также: 1310914, 2281215, 190216 производства ООО «Йодные Технологии и Маркетинг», Россия, в связи с его несоответствием требованиям нормативной документации по показателю «Упаковка» (по решению производителя);

– «допамин, концентрат для приготовления раствора для инфузий, 40 мг/мл, 5 мл, ампулы (5), упаковки ячейковые контурные (2), пачки картонные», серии 70515 производства ОАО «Биохимик», Россия, в связи с его несоответствием требованиям нормативной документации по показателю «Механические включения» (по решению производителя);

– «диклофенак, суппозитории ректальные, 100 мг, 5 шт., упаковки ячейковые контурные (2), пачки картонные» серий 10116, 20116 производства ОАО «Биохимик», Россия, в связи с его несоответствием требованиям нормативной документации по показателю «Упаковка» (по решению производителя);

– «офлоксацин, таблетки, покрытые плёночной оболочкой, 400 мг, 10 шт., упаковки ячейковые контурные (1), пачки картонные» серии 220815 производства ОАО «Синтез», Россия, в связи с его несоответствием требованиям нормативной документации по показателю «Растворение» (по решению производителя);

– «нутрифлекс 70/180 липид, эмульсия для внутривенного введения, контейнеры 650 мл», серии 160338052 производства Б.Браун Мельзунген АГ», Германия, в связи развитием нежелательных реакций при его медицинском применении (по решению ООО «Б.Браун Медикал»);

– «аллохол, таблетки, покрытые оболочкой, 10 шт., упаковки ячейковые контурные» серии 420715 производства ОАО «Ирбитский химфармзавод», Россия, в связи с его несоответствием требованиям нормативной документации по показателю «Описание» (по решению производителя);

– «калия перманганат, порошок для приготовления раствора для наружного применения, 3 г, флаконы тёмного стекла», серии 20416, производства ЗАО «ПФК Обновление», Россия, в связи с его несоответствием требованиям нормативной документации по показателю «Масса содержимого упаковки» (по решению производителя).

Территориальным органам Росздравнадзора необходимо обеспечить контроль за изъятием из обращения указанных серий лекарственных препаратов.

Исследования

Только
мамино
наследство

Митохондрии — «энергетические станции» клетки. Они есть в клетках почти всех многоклеточных животных, растений и грибов. Специалисты провели исследование на нематодах *Caenorhabditis elegans* и оценили количество отцовских митохондрий у червей на ранних стадиях развития.

Исследование показало: ген CPS-6 отвечал за ликвидацию отцовских митохондрий у потомства. Связанный с этим геном фермент расщеплял внутреннюю мембрану митохондрий отца, а затем уничтожал митохондриальную ДНК. Так, CPS-6 играл ключевую роль в процессе разрушения отцовских сперматозоидов. По словам учёных, это полезно для эмбриона.

Удаление отцовских митохондрий позже, чем нужно, повышает риск гибели эмбриона. Так, устранение митохондрий отца необходимо для нормального развития живых организмов. Поэтому вскоре после того, как сперматозоид проникает в яйцеклетку, его митохондрии уничтожаются, а митохондрии яйцеклетки — сохраняются.

Кирилл ОРЛОВ.

По материалам Zee News.

Проекты

В экстренном
порядке

Государства — члены ВОЗ договорились о создании новой программы экстренной помощи (Health Emergencies Program). В документе указаны возможности оперативной помощи государствам при вспышках различных заболеваний или чрезвычайных ситуациях гуманитарного характера. Бюджет программы составит 494 млн долл.

Программа разработана для обеспечения быстрой и всесторонней поддержки стран и сообществ, которые столкнулись или пытаются справиться от чрезвычайных ситуаций, таких как вспышки болезней, природные или техногенные катастрофы и конфликты, сообщила ВОЗ. ВОЗ будет обеспечивать руководство новой программой на основании Международных медико-санитарных правил, расширенной гуманитарной помощи и программ по ликвидации последствий бедствий.

Для выполнения новых обязанностей ассамблея ВОЗ одобрила бюджет программы на 2016-2017 гг. в размере 494 млн долл. Это на 160 млн больше бюджета действующей программы ВОЗ по работе в чрезвычайных ситуациях. Также сформирован независимый Комитет по надзору за исполнением программы.

Кроме этого, планируется непрерывное сотрудничество ВОЗ с Управлением ООН по координации гуманитарных вопросов для согласованных действий, направленных на устранение вспышек заболеваний и других чрезвычайных ситуаций, вызванных биологическими угрозами.

Ранее Всемирный банк объявил о создании специального фонда, который будет оперативно выделять финансирование бедным странам на борьбу с пандемиями. Начальный размер фонда составит 500 млн долл.

Валентин СТАРОСТИН.

По информации who.int



14-17 НОЯБРЯ 2016
ДЮССЕЛЬДОРФ ГЕРМАНИЯ

www.medica-tradefair.com

требуется
онлайн-
регистрация

**ВСЕМИРНЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
ФОРУМ**

Ежегодно в ноябре MEDICA предоставляет исключительный опыт специалистам со всего света. На всемирном медицинском форуме широкий ассортимент своей продукции предлагают свыше 5000 экспонентов. Воспользуйтесь преимуществами выставки MEDICA и предлагаемым на ней ассортиментом продукции именно для Вашей сферы деятельности.

НЕ ОСТАВАЙТЕСЬ В СТОРОНЕ!



000 «Мессе Дюссельдорф Москва»
Тел.: +7 495 955 91 99 (доб. 202 или 648)
PikulevaE@messe-duesseldorf.ru
www.messe-duesseldorf.ru

Basis for
Business


Messe
Düsseldorf

Версии

«Молодильные» яблоки

Яблоки способны продлевать жизнь человека на 17 лет, считают британские учёные. Секрет молодости заключается в веществе эпикатехине полифенола, которое содержится в этих фруктах.

Сотрудники британского Института исследований пищи города Норвич установили: это вещество повышает иммунитет, улучшает кровообращение, а также омолаживает сердечно-сосудистую систему. По содержанию эпикатехина полифенола яблоки занимают лидирующие

позиции среди других фруктов.

Как заявляют учёные, сердечно-сосудистая система людей, съедавших ежедневно хотя бы одно яблоко в течение нескольких лет, выглядит как минимум на 17 лет моложе, чем те, кто этого не делал.

Напомним, ранее учёные из Корнельского университета обнаружили, что экстракты яблок способны эффективно блокировать раковые клетки. Более мощное воздействие оказывал только экстракт клюквы.

Давид АКУЛОВ.

По материалам BBC news.

Угроза

Бактериальная резистентность
набирает обороты

Всемирная организация здравоохранения выпустила новые рекомендации по лечению трёх распространённых инфекций, передаваемых половым путём, — хламидиоза, гонореи и сифилиса. Сделано это в ответ на возрастающую угрозу устойчивости к антибиотикам, сообщается на сайте организации. Обновлённые рекомендации основаны на последних имеющихся данных о наиболее эффективных препаратах для лечения этих трёх инфекций.

Антибиотики бессильны

Вызываемые бактериями хламидиоз, гонорея и сифилис, как правило, излечиваются с помощью антибиотиков, отмечается в сообщении ВОЗ. Однако эти инфекции часто не диагностируются и всё труднее поддаются лечению, поскольку некоторые антибиотики утратили свою эффективность в результате их неправильного или чрезмерного использования. По оценкам ВОЗ, ежегодно 131 млн человек заболевают хламидиозом, 78 млн — гонореей и 5,6 млн — сифилисом. За последние годы усилилась устойчивость этих заболеваний к воздействию антибиотиков, отчего сузился выбор лечебных средств. Наибольшая устойчивость к антибиотикам развилась у гонококков. Уже выявлены штаммы гонококков

с множественной лекарственной устойчивостью, не реагирующие на какие-либо имеющиеся антибиотики. При хламидиозе и сифилисе устойчивость к антибиотикам также наблюдается, хотя и в меньшей степени. Это ставит под угрозу профилактику и быстрое лечение болезней.

Эти инфекции, если их не выявить и не лечить, могут приводить к таким серьёзным осложнениям и длительным проблемам со здоровьем у женщин, как воспалительные заболевания органов малого таза, внематочная беременность и выкидыш. У мужчин и женщин гонорея и хламидиоз при отсутствии лечения могут приводить к бесплодию. Хламидиоз, гонорея и сифилис могут также в два-три раза повышать риск инфицирования ВИЧ. Оставленные без лечения инфекции повышают вероятность у беременной женщины мертворождения и смерти новорождённого ребёнка.

«Новые рекомендации ВОЗ подчёркивают необходимость своевременного лечения этих инфекций надлежащими антибиотиками в правильных дозах для ограничения их распространения и улучшения сексуального и репродуктивного здоровья. Для этого национальным службам здравоохранения необходимо проводить мониторинг за моделями устойчивости к антибиотикам при этих инфекциях в своих странах», — заявил директор Депар-

тамента ВОЗ по репродуктивному здоровью и научным исследованиям Айэн Эскью.

Гонорея

Гонорея может приводить к инфицированию гениталий, прямой кишки и горла. С появлением каждого нового класса антибиотиков для лечения гонореи появлялась и усиливалась устойчивость к противомикробным препаратам. Более старые и дешёвые антибиотики потеряли свою эффективность в лечении инфекции. В частности, по этой причине ВОЗ не рекомендует для лечения гонореи использовать хинолоны.

ВОЗ настоятельно рекомендует странам обновить их национальные руководящие принципы по лечению гонореи. Национальные органы здравоохранения должны отслеживать уровни распространённости устойчивости к различным антибиотикам у штаммов гонококков, циркулирующих среди их населения. Органам здравоохранения предложено рекомендовать врачам назначать тот антибиотик, который является наиболее эффективным в контексте местных моделей устойчивости.

Сифилис

Сифилис распространяется при контакте с раной на гениталиях, анусе, прямой кишке, губах и во рту или от матери ребёнку во время беременности. Инфекция, пере-

данная плоду женщиной с нелеченым сифилисом, часто приводит к смерти плода. По оценкам ВОЗ, в 2012 г. в результате передачи сифилиса от матери ребёнку произошло 143 тыс. случаев ранней смерти плода или мертворождения, 62 тыс. случаев неонатальной смерти и 44 тыс. случаев преждевременных родов или рождения детей с низкой массой тела.

Для лечения сифилиса ВОЗ рекомендует использовать одну дозу бензатин-пенициллина — антибиотика в инъекционной форме, который врач или медсестра вводит в ягодицу или бедренную мышцу инфицированного пациента. Это наиболее эффективный препарат от сифилиса. Он эффективнее и дешевле, чем пероральные антибиотики.

Хламидиоз

Хламидиоз является самой распространённой бактериальной инфекцией, передающейся половым путём. Люди с этой инфекцией часто имеют гонорею в виде ко-инфекции. Симптомы хламидиоза включают выделения и чувство жжения при мочеиспускании, но у большинства людей инфекция протекает бессимптомно. Даже при отсутствии симптомов инфекция может иметь негативные последствия для репродуктивной системы.

Алина КРАУЗЕ.

По информации who.int

Автономное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа — Югры «Советская районная больница» (местность приравнена к районам Крайнего Севера)
приглашает на постоянное трудоустройство
ТЕРАПЕВТА УЧАСТКОВОГО.

Предоставляются:
► единовременная компенсационная выплата в размере 1 млн руб. (Закон «О внесении изменений в ст. 3.1. Закона ХМАО — Югры «О регулировании отдельных вопросов в сфере охраны здоровья граждан в ХМАО — Югре» № 53-оз от 16.06.2016.
► служебное жильё.

Контактные телефоны:
8 (34675) 3-41-20 — отдел управления персоналом
8 (912) 080-80-48 — заместитель главного врача по поликлинической работе.

Резюме направлять по e-mail: **sovhospital@совбольница.рф**
Адрес: **ул. Гагарина, д.62/а, г. Советский, ХМАО-Югра 628240.**

Автономному учреждению Ханты-Мансийского автономного округа — Югры «Советская районная больница» СРОЧНО
требуется для временного или постоянного трудоустройства ВРАЧ-НЕФРОЛОГ (в центр амбулаторного диализа).
Предоставляется служебное жильё, социальный пакет согласно ТК РФ, заработная плата договорная.

Контактные телефоны:
8 (922) 433-93-03 — главный врач Антонов Владимир Валентинович
8 (34675) 3-41-20 — отдел управления персоналом.
Официальный сайт: **совбольница.рф**
Адрес: **ул. Гагарина, д.62/а, г. Советский 628240, ХМАО — Югра (местность приравнена к районам Крайнего Севера).**
Резюме направлять по адресу: **sovhospital@совбольница.рф**
Более подробную информацию о нашем учреждении можно получить на официальном сайте **www.совбольница.рф**

Автономному учреждению Ханты-Мансийского автономного округа — Югры «Советская районная больница» СРОЧНО
требуется для постоянного трудоустройства АНЕСТЕЗИОЛОГ-РЕАНИМАТОЛОГ.
Предоставляется служебное жильё.

Контактные телефоны:
8 (34675) 3-41-20 — отдел управления персоналом
8 (912) 080-80-48 — заведующий хирургическим отделением.
Официальный сайт: **совбольница.рф**
Адрес: **ул. Гагарина, д. 62/а, г. Советский 628240, ХМАО — Югра (местность приравнена к районам Крайнего Севера).**
Резюме направлять по адресу: **sovhospital@совбольница.рф**
Более подробную информацию о нашем учреждении можно получить на официальном сайте **www.совбольница.рф**

Более века учёным было известно, что отдельные раковые клетки могут давать метастазы, мигрируя через кровоток и лимфатическую систему. Однако в некоторых случаях метастазы развиваются быстро, вызывая серьёзные осложнения, как правило, оканчивающиеся смертью больного, а в других случаях раковая опухоль локализуется в определённом месте, годами не вызывая никаких побочных явлений.

Механизм этих процессов неизвестен до сих пор, однако в конце прошлого века выяснилось, что раковые клетки часто двигаются кластерами, причём именно эти мобильные образования в большинстве случаев порождают случаи метастатической инвазии, которые в 90% случаев являются причиной смерти от рака.

...У них нет выбора

Профессор биоинженерии и физиологии Гарвардского университета (США) Джеффри Фредберг высказал предположение, что клетки опухолей имеют либо вязкую структуру, либо, будучи сжатыми окружающими тканями, могут быть спрессованы так плотно, что начинают существовать как одна физиологическая единица. В ряде случаев такие кластеры могут застревать в межтканевых пространствах организма. Таким образом, распространение метастазов и их отсутствие в некоторых случаях может иметь чисто физические причины, то есть, заклинивание кластеров может играть важную роль при распространении рака в организме. Биологи, как правило, называют причиной рака сбой генетической программы, мутацию, эпигенетические изменения клеток. Однако с недавнего времени к изучению проблемы подключились физики, которые считают причиной метастаз не генетические изменения, а фазовый переход, «балансирование» клетки между упорядоченной и неупорядоченной структурой, изменение её «агрегатного состояния».

Классические процессы фазового перехода – это таяние льда или кипение воды. Учёные также обнаружили такие переходы в магнитах, кристаллах, и даже в тканевых клетках, размещаемых в искусственных средах. Но по сравнению с таким однородным

Точка зрения

В тисках тканей

Что лежит в основе метастазирования?

материалом, как вода, магнит или совокупность однородных клеток в чашке Петри, раковые клетки представляют собой хаотическое скопление разнородных структур. Даже в одной опухоли клетки имеют разные формы, размеры и состав, однако в отличие от биологов, которые склонны искать различия в структуре, физики пытались обнаружить общие свойства, отличающие раковые клетки от обычных.

В частности, физики Андреа Лю из Университета штата Пенсильвания и Сидней Нагель из Университета Чикаго (США) опубликовали в 1998 г. работу о процессе «заклинивания» раковых образований. Этот процесс, пояснили они, часто встречается: когда множество бутылочных пробок, куча песка или кофейные зёрна, высыпаясь в бункер через воронку, забивают её отверстие. В этом случае отдельные элементы, сжимаясь под действием внешней силы, скрепляются так, что напоминают по своим физическим свойствам твёрдое тело.

Лю и Нагель выдвинули предположение, что защемление может вызвать фазовый переход, при котором группа раковых клеток, зажатая тканями организма, меняет агрегатное состояние, теряет вязкость и становится похожа на единое образование.

По мнению Дж.Фредберга раковые клетки в ткани лёгкого тесно прижаты друг к другу, как кофейные зёрна или песок в воронке. В этом случае клетки можно задержать в тканях и тогда большую роль в образовании метастаз начинает играть не столько генетика, сколько механика.

Не без лазера

Лиза Мэннинг, физик Сиракузского университета (Италия), использовала двумерную модель из клеток, соединённых между собой по краям и на вершинах, которые заполняли собой всё пространство. Модель показала существование определённого параметра

упорядочения, определяющего некое свойство материала, названного «индекс формы», который представляет собой соотношение периметра двумерного среза клетки и её общей площади.

Выяснилось, что при значении этого числа 3,81 или ниже, ткань является прочной и твёрдой, но, когда это число превышает 3,81, ткань приобретает свойства жидкости. В частности, клетки с индексом формы выше 3,81 могли менять форму и протискиваться между клетками ткани организма.

В свою очередь, физик из Лейпцигского университета (Германия) Йозеф Кейс, решил, что такое изменение состояния клеток может объяснить загадочное поведение раковых опухолей, которые имеют мягкую мобильную разновидность клеток, способных проникать в окружающую среду. Вполне возможно, что отсутствие сжатия опухоли переводит клетки в полужидкую стадию. Тогда анализ биопсии на основе измерений опухолевых клеток и определение соотношения полужидких клеток поможет определить, способна ли опухоль к образованию метастазов.

Используя лазер для поиска возможных сжатий в опухолях, Й.Кейс надеется добиться результатов в этом году. В другом исследовании он ищет фазовые переходы не только в раковых клетках, но и в волокнах, окружающих опухоль. Эти исследования дают новые возможности подбирать более щадящие способы лечения, чем современные шоковые методы подавления опухоли.

«Если вам удастся сжать всю опухоль, то она станет доброкачественной», – пояснил Кейс. – Если вы сожмёте её большую часть, то у вас будет ещё лет 20 жизни, и можно не использовать разрушительную химиотерапию».

По мнению онкологов, метастазы, как правило, требуют перехода от эпителиальной клетки, составляющей основную часть твёрдых образований, к более подвижной мезенхимальной клет-

ке, которая часто циркулирует по кровотоку раковых больных. Однако всё больше исследований показывают активность миграции клеточных кластеров, поэтому исследователи стали сомневаться, может ли активность одиноких мезенхимальных клеток быть достаточной для образования метастазов.

Фазовый переход между сжатыми и подвижными формами может мобилизовать группы онкоклеток, не требуя кардинального преобразования одного типа клетки в другой. Это позволит метастатическим клеткам взаимодействовать друг с другом, давая им преимущество в колонизации нового пространства.

В настоящее время, помимо этих двух фаз, обнаружен целый ряд промежуточных состояний клетки. «Раньше считалось, что рак может воспроизводить свойства либо твёрдого тела, либо жидкости, – подчеркнула Л.Мэннинг, – теперь мы знаем, что это справедливо лишь для крайних состояний».

В поисках оптимальной модели

Основываясь на этих исследованиях, биофизик Университета Райса (США) Герберт Левин, создал модель метастазирования на основе понятий, заимствованных из нелинейной динамики. Он предсказал существование кластеров циркулирующих образований, которые имеют черты как эпителиальных, так и мезенхимальных клеток, однако такие переходные формы пока не известны биологам, хотя поиск такой ткани в организме человека ведётся весьма активно.

К сожалению, все современные модели агрегатных состояний онкоклеток несовершенны, например, модели Л.Мэннинг ограничены двумя измерениями, хотя опухоли являются трёхмерными образованиями.

Кроме того, кластеры клеток не так просты, как слипшиеся кофей-

ные зёрна, – клетки опухолевой ткани изменяют свои механические свойства сложным образом: через генетические программы и другие системы обратной связи. Так что, при использовании теории фазового перехода как концептуальной основы изучения рака, необходимо учитывать, что клетки не являются пассивным элементом организма.

Исследователи отмечают, что механизм сжатия напоминает процесс, который биологи называют экструзия, когда мёртвые эпителиальные клетки выдавливаются из переполненной ткани – дисфункция, которая уже была включена в описание развития некоторых видов рака. Модель ткани, заполняющей всё пространство, рождает проблему учёта всех подробностей взаимодействия клетки со своим окружением.

Как признаётся Л.Мэннинг, несмотря на то, что процесс сжатия клеток играет большую роль при развитии определённых видов рака, объяснить процессы только механикой невозможно.

Наряду с этим биофизик Принстонского университета (США) Роберт Остин предупреждает, что фазовые переходы могут быть удивительно сложными. Казалось бы, даже в элементарном процессе – замерзании воды – необходимы громоздкие расчёты для определения точки перехода, а в процессах онкологии следует учитывать намного больше факторов.

Кроме того, теория не будет работать, если физики не привлекут к работе биологов и клиницистов. Однако пока большинство биологов никогда не слышали о теории фазового перехода применительно к раковым клеткам. «Я могу придумать некоторые фазовые диаграммы, но в конце их нужно перевести на язык, который имеет отношение к онкологам», – пояснил Й.Кейс.

Что интересно, по словам Дж.Фредберга, как только будут найдены доказательства того, что клетки перемещаются коллективно и меняют фазовые состояния, доведение этих результатов до биологов станет лишь вопросом времени, после чего учёные получат новый инструмент изучения процессов метастазирования раковых клеток и поиска эффективного механизма борьбы с онкологическими заболеваниями.

Яков ЯНОВСКИЙ.

По сообщению Reuters.

Гипотезы

Феномен «дежавю», что в переводе с французского означает буквально «уже виденное», давно занимает умы профессионалов самых разнообразных областей знаний. И вот, наконец, им заинтересовались нейробиологи. Специалисты Сент-Эндрюского университета Великобритания выдвинули гипотезу о том, что во всём «виновата» работа лобных долей головного мозга.

Исследователями давно подсчитано: явления, подпадающие под понятие «дежавю», хотя бы однажды случались с 97% населения земного шара. Собственно сам термин «дежавю» был введён в конце XIX века французским психологом Эмилем Буараком, автором книги «Психология будущего». Позднее Зигмунд Фрейд попытался объяснить эффект дежавю как воспоминание о реальном опыте, который оказался травматичен и со временем был загнан в подсознание.

Но далеко не все подобные случаи подпадают под эту категорию. Простой пример. Допустим, человек приезжает в незнакомый город, сворачивает на незнакомую улицу – и вдруг его настигает понимание того, что он здесь уже когда-то побывал.

Матрица несуществующего



Гипотезу о том, что дежавю является не чем иным, как признаком расстройства психики, впервые выдвинул Аристотель. Не так давно группа исследователей из Массачусетского технологического университета пришла к заключению, что в этом «повинна» височная доля головного мозга – зубчатая

извилина гиппокампа. Именно благодаря данному участку мозговой коры человек способен отличать прошлое от настоящего, а новые впечатления от уже виденного.

Когда в мозг поступают визуальные образы, гиппокамп тут же сравнивает их с «базой данных»: было ли уже в нашей жизни не-

что подобное, или это происходит впервые? Но из-за стресса, усталости или неблагоприятных внешних условий (например, жара, холод, слишком высокое или низкое атмосферное давление) этот механизм даёт сбой, и гиппокамп говорит нам: «Да, это уже было», – хотя этого не было.

И вот теперь учёные из Сент-Эндрюса провели эксперимент, в основе которого лежала методика формирования ложных воспоминаний. В ходе него 21 добровольцу озвучивали ряд понятий, тематически связанных друг с другом. Например, они слышали слова «ночь», «кровать» и «подушка», но при этом отсутствовало ключевое понятие «сон», связывавшее все три слова. Тем не менее, когда впоследствии испытуемых просили перечислить эти слова, они утверждали, что среди них был и «сон». Поскольку все три услышанных ими понятия относились именно ко сну, им казалось, что и это слово было произнесено.

Организаторы эксперимента сначала спрашивали, присутствовало ли среди названных слово на букву «с». Практически все участники

отвечали отрицательно. Тогда им задавали следующий вопрос: «Слышали ли они слово «сон»?». Выяснилось, что многим добровольцам казалось, что они слышали это слово, хотя оно было на букву «с» и его не было в перечне. Пока длился эксперимент, специалисты сканировали мозг испытуемых с помощью МРТ и следили за тем, какие участки были активны в этот период.

Оказалось, что, когда людей просили вспомнить несуществующее слово, у них активизировались лобные доли мозга, а вовсе не гиппокамп, ответственный за формирование памяти. По мнению исследователей, именно лобные доли посылают сигналы при ошибках памяти: конфликтах между тем, что было на самом деле, и тем, что с нами не происходило, но нам кажется, что происходило.

Так что смело можно делать выводы. Дежавю – это не признак психического расстройства, как считают некоторые специалисты. Это лишь результат эффективной работы систем проверки памяти. И если с вами происходит нечто подобное, значит, с вашим мозгом всё в порядке.

Кирилл ОРЛОВ.

По материалам New Scientist.

Одним из известных врачей в Тамбовской области в середине прошлого века был Тихон Гроздов. Если сегодня на приёме спросить у пожилого тамбовского пациента, о чём ему говорит эта фамилия, каждый второй вспомнит: «Ну как же, врач был такой в Тамбове». Вряд ли назовут специальность – хирург, онколог или гинеколог, скажут просто – врач.

Хождение по мукам

Родился Тихон Митрофанович 20 марта 1894 г. (по новому стилю) вторым ребёнком в многодетной семье священнослужителя. Учиться отец его отправил в Тамбовскую духовную семинарию, где для поступления детям священнослужителей имелись определённые преференции. Учился Тихон прилежно, оценки по основным предметам «хорошо» и «отлично». В 1914 г. Гроздов поступил на медицинский факультет МГУ, а в апреле 1919 г. его окончил. Год этот оказался для него богатым на события. Потерял отца. Вернулся в Тамбов. В мае принят ординатором в сыпно-тифозное отделение Тамбовской губернской советской больницы. А в июле 1919 г. мобилизован в Красную Армию.

В сентябре 1920 г. в должности старшего врача в составе 164-й бригады попал в польский плен под Лидой.

Находился в польском концлагере в Тухоле, одном из самых страшных на тот момент.

Через год был освобождён «по обмену» в числе 65 тыс. таких же военнопленных. В августе 1922 г. Тихон уже старший врач Кирсановского стрелкового полка. В 1922–1923 гг. в составе 3-го Туркестанского полка в Туркмении занимался, помимо основной обязанности полкового врача, борьбой с сыпным тифом среди местного населения (Ташкент, Бухара, Чарджоу). Боролся успешно, получив в награду серебряный портсигар.

Самое для меня удивительное, что в графе анкеты «Принимали ли активное участие в Октябрьской революции и гражданской войне» он поставил твёрдое «нет». Очевидно, бои с белополяками и басмачами Гражданской войной не считались.

Служение

Лишь в 1924 г. вернулся на родину. В Тамбовской городской больнице год работал экстерном, была такая интересная должность, внештатный врач, по сути – волонтер. В 1926 г. приняли интерном в гинекологическое отделение. И только в 1929 г. стал Тихон Митрофанович полноценным врачом. Своим главным учителем Гроздов считал заведующего отделением В.Вамберского, знаменитого на всю губернию гинеколога. Трудился предельно честно. В 30-е годы твёрдой рукой разворачивал подводы с сельскими дарами от благодарных пациентов на глазах у живущей впроголодь семьи.

Направления медицинской деятельности Гроздова менялись под влиянием обстоятельств. После возвращения в Тамбов начал заниматься хирургией, со временем сфокусировавшись на гинекологии. Великая Отечественная война опять вернула Тихона Митрофановича в военно-полевую хирургию. В 1941-м он назначен заведующим хирургическими отделениями эвакогоспиталей № 1913 и № 1106 в Тамбове.

В 1943 г. Тихон Митрофанович стал главным хирургом отдела эвакогоспиталей Тамбовского областного центра. С его назначением кривая роста оперативной активности госпиталей пошла вверх. Ещё более значимый рост отмечен в 1944 г. Специалисты-исследователи причиной тому называют и огромную практическую и педагогическую работу прибывшего на тамбовскую землю профессора В.Войно-Ясенецкого. Начиная с 1943 г., в эвакогоспиталях Тамбовской области в разы снизилась и послеоперационная смертность.



Тихон Гроздов

Имена и судьбы

«Работай, как будто ты должен жить вечно»

Этому девизу в полной мере следовал доктор Гроздов

Главным хирургом проводилась большая организационная работа по специализации госпиталей на нейрохирургические, челюстно-лицевые и прочие. Регулярные инспекции. При этом Гроздов оставался заведующим хирургическими отделениями двух госпиталей. Только за неполные 2 года, как следует из сохранившейся справки, выполнил 392 операции. В 1943 г. получил первую боевую награду – орден Красной Звезды. Выполняя широкий спектр хирургических операций, большинство хирургов выбирают для себя и более узкий раздел, в котором пытаются достичь высот мастерства. У Гроздова им стало хирургическое лечение огнестрельных ранений и травм таза. Слагаемыми успеха Тихона Митрофановича стали невероятная трудоспособность, методический подход и упорство в достижении цели.

Одной из его авторских находок, неоценённых, к сожалению, медицинским сообществом, да и самим автором, стало оригинальное оформление выписок из истории болезни пациентов в виде карточки. В условиях дефицита бумаги, времени и наличия у хирурга ещё и таланта живописца вся история болезни умещалась в виде комикса на одном листе, где цветными карандашами зарисовывались объём поражения и ход операции, а подписи по периферии рисунка сообщали основные данные о пациенте, объёме операции, операционной бригаде, течении послеоперационного периода и исходе. На некоторых из таких карт хирургом указан профессор Войно-Ясенецкий, с которым у Гроздова сложились весьма добрые отношения.

На духовном уровне

Помимо общей любви к хирургии, общей работы за одним хирургическим столом, были и общие нравственные ценности. Пастырская деятельность профессора не могла не восхищать его ученика и коллегу. Сохранился гроздовский карандашный портрет Архиепископа Луки, точнее, набросок. Фотография архиепископа с дарственной надписью: «Талантливому, выдающемуся хирургу Т.М.Гроздову от хирурга Архиепископа Луки. 11.VI.1945». Их пути, возможно, пересекались и ранее. Ведь в 1922 г. оба находились в Туркестане, где в Ташкенте Войно-Ясенецкий заведовал хирургическим отделением.

Ещё одно свидетельство близких отношений Гроздова и Войно-Ясенецкого обнаружилось неожиданно на его родине в селе Моршань. Сегодня это место просто удивительное, аномальное во многих отношениях. Множество деревень исчезло с карт наших областей. Но чтобы исчезла деревня, а столетняя действующая каменная церковь стояла как новенькая на холме посреди полей? Такую картину увидел я впервые. На грубо скошенном лугу перед церковью новенький дорожный знак «Моршань» чёрными буквами на белом фоне.

Так вот, построена и открыта церковь в 1901 г. То есть строилась под надзором и по инициативе, как минимум, местного священника Митрофана Ивановича Гроздова.

спустя 110 лет потребовавшее капитального ремонта. По составу больных большую часть – около 20–30 человек – составляли пациенты с различного рода параличами, 10–15 – с третичным сифилисом. Онкологических больных в приюте постоянно находилось около 5 человек. Правда, как пишет в своём отчёте за 1892 г. старший доктор, «по числу поступающих больные со злокачественными опухолями (преимущественно в области лица) занимают второе место, но они, благодаря истощению всего организма развивающимся новообразованием, живут недолго и дают громадный процент смертности, почему наличное число их всегда незначительно».

Реальные возможности борьбы с раком появились лишь в сере-

Беспартийный. Замечательный семьянин. В невероятном колдовороте дел и событий всегда находил минуту для детей. Гуляли на природе, которая в те годы начиналась уже за домом. Развлекал рисованием шуточных сценок семейной жизни. Жил скромно, в 10 минутах ходьбы от диспансера, рядом с похоронной конторой, в маленьком частном домике, где основной деталью интерьера были книги. Почему-то не было картин на стенах – ни своих, ни чужих. И единственное известное хобби – сбор грибов. Регулярно выделял в грибную пору, на выходные, служебную полторку для выездов в лес с сослуживцами, хотя это и было невинным, но всё же нарушением как минимум финансовой дисциплины.

О его отношении к религии



Первое здание онкодиспансера

На борьбу с раком

Война закончилась. Эвакогоспитали опустели, закрылись. Опытному хирургу и организатору нашлось мирное применение. В 1946 г. вчерашний главный хирург тамбовских эвакогоспиталей назначен главным врачом открывающегося онкологического диспансера и больницы.

Оказание медицинской помощи онкобольным в виде отдельного направления в здравоохранении области, как и по всей стране, было организовано приказом Совнаркома. О понимании значимости данной проблемы говорит уже сама дата его принятия – апрель 1945 г., когда шла битва за Берлин, а половина страны лежала в руинах.

О борьбе с раком думали в России и раньше. Надо заметить, что уже в XIX веке Тамбовская губерния стояла в числе немногих (Петербург, Москва, Киев, Варшава), где имелись отдельные койки и палаты для раковых больных. С 1869 г. incurable больные содержались в отделении для «неизлечимых и неоперабельных больных». Рассчитан приют был на 60 больных, по назначению – типичный хоспис, довольно роскошное по тем временам двухэтажное здание, даже с некоторыми архитектурными изысками, лишь

дине XX века. За работу Тихон Митрофанович взялся энергично. По-армейски чётко выстроил вертикаль управления. Все районы области объединялись в «кусты», где имелся обученный онкологии специалист, необходимый минимум диагностической, а иногда и лечебной аппаратуры. Сюда регулярно выезжали врачи-кураторы диспансера. В 1952 г. награждён знаком «Отличник здравоохранения РСФСР». Не забывал научную

можно догадываться, исходя из происхождения и известного принципа – «скажи мне, кто твой друг...» Но хотелось более убедительных доказательств. И я их нашёл – на внутренней стороне обложки одного из рабочих дневников. Печатными буквами записано крылатое выражение, по сути девиз: «Работай, как будто ты должен вечно жить, молись, как будто должен сегодня умереть. Tuscan Proverb» (Тосканская пословица). Его вера была лишена формальностей, начётничества. Своей дочери Анне он выбрал специальность патологоанатома, которая не всегда приветствуется религиозными людьми. Но Гроздов, во-первых, был выше предрассудков, а во-вторых, в области был тотальный дефицит таких специалистов.

Вопросы к себе

К сожалению, всё, что я знаю про Гроздова, на 99% состоит из архивных документов. Он умер за 4 года до моего рождения. В документах есть отдельные мелкие факты, которым я не могу дать внятных объяснений. В опросном листе 1953 г. он пишет, что не помнит дат рождения родителей. Даже года. Родителей... Не понимаю.

И в этой связи вопрос к себе: а где был ты, ежедневно по утрам, на планёрке у главного врача встречаясь взглядом с портретом Тихона Митрофановича, висевшим на стене как минимум лет 10, до очередного ремонта? Что мешало спросить о ещё не далёкой тогда истории у его дочери, нашего замечательного патологоанатома Анны Тихоновны, сидевшей в двух шагах от меня? И что мешало ей, между скучными политинформациями, сделать подробный доклад о романтической и героической жизни своего отца? Почему у меня интерес к собственной и окружающей меня истории проявился, в основном, после пятидесятилетия? Вопросы...

«Работай, как будто ты должен жить вечно»... В этом девизе много смыслов. То есть работать с полной отдачей, не боясь умереть, надорваться. В России бы сказали – как трёхжильный. А ещё можно это выражение понять как призыв работать так, чтобы навечно остаться в памяти. Всему этому в полной мере следовал достойный сын земли Тамбовской, выдающийся врач Гроздов.

Владимир МИЛОВАНОВ,
главный врач Тамбовского
областного онкологического
клинического диспансера.

Ничто человеческое...

О привычках Гроздова можно только догадываться. Машины не имел и водить не умел. Хорошо рисовал, но чаще шокирующие неподготовленных зрителей красочные виды операционного поля.

– Александра, расскажите о том, как началась ваша литературная деятельность. Что стало поводом для того, чтобы взяться за перо?

– Всё началось с любви к чтению. Надо признать, книги в моей жизни – это особенная история, которая началась ещё в раннем детстве. Большая заслуга в этом моих много читающих родителей. Прекрасно помню и романы, «проглоченные» за один день, и чтение украдкой по ночам с фонариком, и даже ссоры с братом за особенно понравившуюся книгу. Когда это увлечение переросло в нечто большее, сказать трудно. Но был в моей биографии один любопытный эпизод, который, наверное, следует считать отправной точкой. Это случилось в 10-м классе, когда у меня разгорелся спор с учителем литературы по поводу оценки за моё сочинение. Преподавателю не понравились знаки препинания, которые, по моему мнению, были поставлены правильно. В качестве аргумента я привела пример из прочитанной недавно художественной книги, но получила ответ, что это – авторская пунктуация и что, если когда-нибудь у меня проснётся творческая жилка, то в своих книгах я буду иметь право ставить запятые именно там, где это нужно мне, а не правилам русского языка. В общем, с тех пор эта мысль прочно засела в моей голове. Правда, реализация её началась лишь 10 лет назад. Накопился интересный жизненный материал, появилось желание изложить свои фантазии и идеи на бумаге. Сам процесс и результат этих экспериментов оказались настолько увлекательными, что остановиться уже не получилось. В 2013 г. была опубликована моя первая книга.

– Почему вы выбрали именно жанр фантастики? Есть ли у вас произведения в других жанрах?

– Убедена, каждый автор пишет в том жанре, который ему ближе. Я искренне люблю фантастику, преимущественно фэнтези во всех его вариациях, за исключением, пожалуй, фантастического любовного романа. Наверное, поэтому и работаю в этом направлении – пишу классическое фэнтези, однако чаще получаются произведения на стыке жанров. К примеру, юмористическое или боевое фэнтези и любовный роман. В других жанрах, признаюсь, работать не пробовала. Есть задумка замануться на «твёрдую» фантастику, но пока побаиваюсь, ибо сейчас этот жанр утратил былую популярность, а издательства не очень охотно берут такие рукописи к публикации.

– Фантастика – жанр особенно сложный. Интересно, откуда вы черпаете сюжеты для своих романов?

– Отовсюду! Из того, что вижу, слышу, делаю. Поверьте, из самых обычных повседневных историй может родиться самая сногшибательная идея. Вопрос лишь в реализации. У меня есть серия «Грани отражений», которая была написана после того, как я увидела одну занятную картинку в Интернете. А ещё идеи черпаются в чужих книгах... Не зря в сети много так называемых фанфиков. Бывает, читаешь кого-нибудь, видишь неоконченную ниточку сюжета и вдруг задумываешься, а как бы я представила эту историю, что могло бы произойти с второстепенными героями в этом мире или



Провинциальная литературная жизнь Твери, к счастью, готова преподнести приятные сюрпризы любителям изящной словесности. И вдвойне приятен мне, профессиональному медику, тот факт, что подтверждение данных слов я нашёл в стенах именно лечебного учреждения – легендарной железнодорожной больницы, известной землякам своими богатыми традициями. Именно здесь я познакомился с замечательным доктором, заведующей терапевтическим отделением Александрой Кожевниковой. Безусловно, её имя хорошо известно большому числу тверичей, которые имели счастье попасть в ракурс её высокопрофессионального врачебного взгляда. Однако ещё большую, общероссийского масштаба, известность этот доктор получила под псевдонимом Александра Лисина, как автор современных и популярных фантастических романов, вышедших в свет в самых крупных российских издательствах. Сегодня врач-фантаст Александра Лисина-Кожевникова согласилась ответить на несколько вопросов для читателей нашей газеты.

Александра ЛИСИНА:

«Лечебный процесс – это творчество»

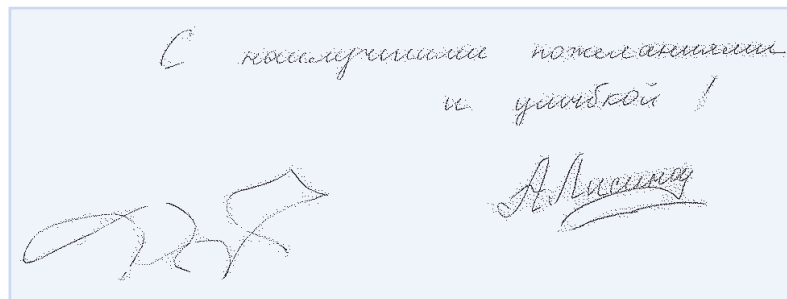
Она воплощает реалии медицины и фантазии литературы

не в этом... В общем, идею можно раскрутить так, что от исходных данных не останется ничего, что могло бы напомнить читателю книгу-первоисточник. Это будет совершенно новая история, которая, к примеру, родилась из оброненной чужим персонажем фразы.

Ну и, безусловно, помогает медицинская профессия. Все до единого романы в художественной литературе написаны о людях. Не так важно, что и где происходит, важнее наличие ярких персонажей. Читая книгу, мы ждём от неё не просто историю, мы ищем эмоции – положительные или отрицательные, сильные или нет. А где можно почерпнуть знания о человеческой природе? Конечно, в профессии, которая напрямую связана с работой с людьми. Важны типаж, характеры персонажей. Где же найти психологические портреты? Да вот они – по палатам больничным лежат! Бери и описывай!..

– Как по-вашему, почему среди медиков так много писателей? Видите ли вы связь между этими профессиями?

– Вы правы, связь существует. Объяснение в том, что мы работаем с людьми напрямую и по роду профессии обязаны быть немного психологами, подмечать вещи, которые помогут лучше работать с пациентами. Безусловно, лечебный процесс – это творчество. Когда наработаешь определённый опыт, перестаёшь слепо следовать инструкциям и позволяешь себе «поиграть» с дозировками или привнести что-то своё дополнительно. Нередко замечаешь, что стандартные схемы терапии не подходят тем или иным пациентам, поэтому моделируешь свою, индивидуально подходящую именно для данного человека. Даже уже в этом чётко проявляется определённый творческий подход.



– В истории есть «золотой» и «серебряный» века литературы, могут ли современные писатели претендовать на «бронзу»?

– Классическая литература лично для меня – это то светлое будущее, которое, я надеюсь, когда-нибудь наступит в литературе вообще и в русской литературе в частности. Для того, чтобы увлечённо читать классиков, нужно иметь не просто определённый склад ума, но и уровень воспитания, определённые морально-этические и личностные качества. Классика – это литература не для всех, в первую очередь для людей, которым необходима «пища для ума». Много ли таких людей в современном обществе? Боюсь, что нет. И это – одна из причин, почему перестала раскупаться классическая фантастика. На сегодняшний день на пике продаваемости в России уверенно себя чувствует популярная литература. Как говорится, то, что попроще. Безусловно, и сейчас есть достойные авторы и очень достойные книги, но их процент оставляет желать лучшего. На Западе ситуация иная – там, наоборот, очень велик интерес именно к серьёзным писателям. Будем надеяться, что и Россия рано или поздно придёт к такому духовному состоянию...

– Напечатать сегодня книгу в столичном (большом) издательстве – дело для многих авторов

непопильное. С какими сложностями столкнулись вы на пути выхода на массового читателя?

– Наверное, начать надо с того, что книга сейчас – это, в первую очередь, коммерческий проект. Иными словами, если товар продаётся, то его и печатают. А значит, у молодого автора есть два пути издательства: либо написать книгу, которую издательство сможет продать, либо издать книгу за свои средства. Второй вариант мало кого привлекает, хотя сейчас появилось очень много издательств, готовых взять на себя эту работу. А также большое количество интернет-издательств, готовых опубликовать любую книгу в электронном варианте. Это не очень дорого. И даже может приносить доход. Но первый вариант, безусловно, привлекательнее, поскольку даже сейчас, в век Интернета, издание книги на бумаге – это своего рода признание. Хотя в действительности это – лишь знак того, что автор способен создать продаваемый продукт.

Что касается меня, то моя первая книга «Игрок» была опубликована в 2013 г. в издательстве «ЭКСМО». С одной стороны, хорошо, что книга вышла. А с другой – это была лишь первая книга серии, которую печатать дальше издательство отказалось, несмотря на неплохие продажи и полностью разошедшийся тираж. Причины своего решения редактор, к со-

жалению, пояснить не захотел, и мне до сих пор неизвестно, почему продаваемая книга так и не получила продолжения.

Потом был почти 3-летний перерыв, когда мне не удавалось заключить договоры на издание своих книг ни с одним из известных издательств. Предложения от мелких издательств я не рассматривала, поскольку тут или всё, или ничего. Эти 3 года стали для меня сложным периодом, когда в конце концов пришлось принимать решение – оставаться и писать, несмотря ни на что, или же бросать «это гиблое дело». Я решила остаться. Со следующей серией ситуация оказалась лучше – трилогия «Хелька и её друзья» опубликована в 2016 г. в юмористической серии издательства «Альфа-книга». Также у меня заключён договор на издание романа «Профессиональный некромант» – книга должна выйти в октябре 2016 г. в серии «Магия фэнтези» в том же издательстве.

Оглядываясь назад, сейчас мне кажется, что всё в моей жизни было правильно. Неудача с «Игроком» заставила меня о многом задуматься, пересмотреть отношение к собственному творчеству, изменить манеру письма и расставить, наконец, приоритеты. В частности, решить, для чего и зачем я пишу. И заняться вплотную самообразованием. И это даёт свои положительные результаты.

– Что для себя считаете доминантой – медицину или литературу?

– Пока мне удаётся сохранить равновесие между этими ипопостасями. Медицина – это моя профессия, это работа, которая, как мне кажется, удаётся мне хорошо. Я, как мне думается, уже состоялась как врач и, надеюсь, укрепились как руководитель отделения. Что же касается творчества, то сначала это было всего лишь хобби. А сейчас – важная часть жизни, требующая не меньше, а порой и больше времени и сил, чем основная работа.

– Пригодились ли вам в практической медицинской деятельности ваши литературные возможности и способности?

– В процессе написания книг каждый автор проживает жизнь своих героев, причём и хороших персонажей, и злодеев. Вместе с ними проговаривает диалоги, участвует в спорах, битвах, приключениях. И вместе с ними же набирается опыта. В психологическом плане писатель создаёт и моделирует различные жизненные ситуации, из которых сам же и ищет выход. В реальной медицине, как мне кажется, происходит абсолютно так же.

– Над какими литературными проектами вы работаете сегодня? Чего новенького от вас можно ждать читателю?

– В настоящее время работаю над проектом «Леди-призрак» – юмористическое и одновременно романтическое фэнтези. Планируется диалогия, проект начат недавно и ещё многое предстоит сделать. Вероятно, это работа на полгода. А дальше – посмотрим. Новая история уже не за горами...

Беседу вёл
Максим СТРАХОВ,
член Союза
русских писателей,
лауреат премии
им. М.А.Булгакова
«Медицинской газеты».

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

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

Главный редактор А.ПОЛТОРАК.

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

Дежурный член редколлегии – 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.

Е-mail: mgzgazeta@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

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

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

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

Отпечатано в АО «ЭКСТРА М» 143405 Московская область, Красногорский район, г. Красногорск, автодорога «Балтия», 23 км, владение 1, дом 1. Заказ № 16-08-00389 Тираж 28 481 экз. Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.